medicina în familie

EDITURA MEDICALĂ

Ing. [illegible]

medicina în familie

Sub redacția:
Prof. dr. Marin Voiculescu

Autori:

Dr **D. Alessandrescu**, dr. **C. Alexandrescu**, dr. **P. Andreescu**, dr. **V. Beroniade**, dr. **Sanda Biberi-Moroeanu**, dr. **O. Binștoc**, dr. **Gh. Bungețianu**, dr. **Vera Cernătescu**, farm. **Ludmila Cosmovici**, dr. **M. Eraclide**, dr. **N. Evian**, dr. **Al. Gheorghiu**, dr. **D. Gheorghiu**, farm. **Em. Gheorghiu**, dr. **Eugenia Hotnog**, dr. **Virginia Ioan**, dr. **N. Ionescu**, dr. **Al. Lungu**, dr. **Al. Mincu**, dr. **Al. Popescu**, dr. **D. Sdrobici**, dr. **P. Tăutu**, dr. **Al. Theodorescu**, dr. **G. Vasiliu**, dr. **A. Weiss**

EDITURA MEDICALĂ,
BUCUREȘTI, 1966

Scanned with OKEN Scanner

Introducere

Setea de cunoştinţe a oamenilor în domeniul medicinei este nepotolită. Este vorba despre o necesitate pe deplin justificată, a cărei satisfacere trebuie cît mai mult sprijinită, rezultînd din dreptul la sănătate al fiecăruia.

De altfel, preocupări pentru a dobîndi cît mai multe cunoştinţe medicale, pentru păstrarea sănătăţii şi prelungirea vieţii, au apărut din cele mai vechi timpuri. Sfaturi şi reţete în acest domeniu se întîlnesc în scrierile cuneiforme ale civilizaţiei sumeriene — de acum cîteva mii de ani — în hieroglifele vechii culturi egiptene, în cărţile hipocratice ale Greciei antice, precum şi în cărţile medicilor arabi. Unele din acestea îşi păstrează, neştirbită, valoarea şi în zilele noastre. Astfel sînt sfaturile care invită la cumpătare în ceea ce priveşte modul de alimentaţie, cele de păstrare a sănătăţii prin aplicarea unor metode de prevenire a îmbolnăvirilor, precum şi acele recomandări pentru păstrarea liniştii interioare, a echilibrului sufletesc, atît de necesar conservării sănătăţii. „Sănătatea se păstrează prin seninătate", se spunea într-o veche scriere indiană. Desigur, aceasta este o prescripţie foarte înţeleaptă de conduită în viaţă. Din păcate însă, mulţi caută prea des seninătatea în pilulele zise tranchilizante *(liniştitoare).*

Pe de altă parte, multe din sfaturile şi reţetele de altă dată, lipsite de orice fundament ştiinţific, au căzut în uitare şi au fost părăsite. Între timp, medicina a progresat enorm, omenirea îmbogăţindu-se cu o cantitate considerabilă de cunoştinţe despre sănătate şi boală, cu noi descoperiri, remedii şi perfecţionări tehnice. S-a apreciat de curînd că volumul cunoştinţelor ştiinţifice se dublează la fiecare zece ani.

Într-o astfel de situaţie, în care chiar pentru medicul specialist a devenit o problemă, nu totdeauna uşor de rezolvat, stăpînirea cunoştinţelor din sectorul respectiv al medicinei, se pune cu toată seriozitatea problema informării publicului cu cunoştinţele medicale necesare unui mod de viaţă raţional şi civilizat. Ţinem însă să atragem atenţia că nu este deloc o sarcină uşoară, în stadiul actual al progresului ştiinţei, de a selecţiona cunoştinţe medicale folositoare, fără exces de amănunte, care încarcă inutil memoria ori, şi mai rău, încurcă. Lucrurile se mai

Scanned with OKEN Scanner

complică și prin aceea că pe alocuri există tendința ca să apară cîte un sfătuitor în ale medicinei. Dacă mai este necesar, putem să amintim și o scurtă povestire care circula — zice-se — pe la curtea împăraților din Persia, în epoca antichității. Întrebînd împăratul pe sfetnicii săi care este cea mai răspîndită profesiune din țara lui, i s-a răspuns: meseria de medic, deoarece fiecare supus al împărăției se considera în stare să dea sfaturi medicale și să vindece oamenii. De altfel, tot pe acea vreme mai era obiceiul ca unii bolnavi, mai greu de vindecat, să fie așezați într-o piață și fiecare persoană care trecea pe acolo avea dreptul de a formula un diagnostic și de a recomanda un tratament. Astăzi am fi înclinați să considerăm astfel de manifestări de domeniul trecutului. Ele se mai întîlnesc însă pe ici pe colo, avînd uneori efecte nule, alteori cauzînd neplăceri sau dînd naștere chiar la pericole.

De aceea este extrem de important ca fiecare să contribuie la formarea unui curent de opinie ostil preocupărilor și în special manifestărilor pseudomedicale și pseudoștiințifice care pot face mult rău. În această ordine de idei este util să amintim cuvintele pline de tîlc exprimate acum peste două mii de ani, de cel mai învățat medic al antichității, Hippocrat: „a folosi, sau cel puțin a nu vătăma".

Am mai dori să atragem atenția asupra sensului pe care l-au atribuit autorii acestei cărți. Ea nu trebuie înțeleasă ca un formular de rețete și de medicamente. Nici o carte, și deci nici aceasta, nu poate înlocui medicul. Nici nu ar fi fost posibil să se redea, în aceste cîteva sute de pagini, atîtea cunoștințe din toată medicina, încît să putem considera că vom rezolva singuri numeroasele și grelele probleme ridicate de diagnosticul, tratamentul și — în special — prevenirea îmbolnăvirilor. De aceea, credem că este util să amintim că principalele obiective ale acestei cărți pot fi rezumate după cum urmează:

— A oferi fiecăruia acele cunoștințe care servesc la păstrarea sănătății, la recunoașterea timpurie a bolilor, precum și regulile ori principiile de tratament și de prevenire a celor mai importante boli.

— A recomanda ceea ce trebuie făcut în caz de boală, pînă la venirea medicului.

— A arăta și ceea ce nu trebuie făcut, în așa fel ca să nu producem un rău mai mare bolnavului.

S-a pornit de la considerentul că o carte despre sănătate și boală, o carte de medicină pentru familie trebuie să ofere cititorilor reguli și sfaturi care pot călăuzi pe fiecare să colaboreze activ cu medicul, să-l ajute în frumoasa și cea mai umanitară dintre profesiuni: vindecarea bolii și — mai ales — păstrarea sănătății. Iată sensul în care trebuie înțeleasă contribuția acestei cărți la apărarea și întărirea sănătății oamenilor. Căci, pentru a cita frumoasele cuvinte ale lui J. W. Goethe: „O carte este numai atunci descoperită, cînd este și înțeleasă".

Prof. dr. MARIN VOICULESCU
Medic emerit
Decan al Facultății de Medicină
din București

Scanned with OKEN Scanner

Cuprins

		Pag.
1	Sănătate și boală	9
2	Corpul omenesc	16
3	Sistemul nervos	26
4	Organele de simț	48
5	Aparatul respirator	67
6	Aparatul digestiv	84
7	Aparatul circulator	139
8	Sîngele	169
9	Aparatul urinar	180
10	Aparatul locomotor	195
11	Glandele endocrine	210
12	Pielea	222

Scanned with OKEN Scanner

Pag.

13 Frumusețea 233

14 Igiena sexuală 254

15 Copilăria 276

16 Bolile contagioase 308

17 Tuberculoza 338

18 Cancerul 348

19 Alcoolul și tutunul 359

20 Primul ajutor 373

21 Medicamentele 393

22 Îngrijirea bolnavului 410

23 Analize medicale 431

24 Pentru un trai sănătos 445

Index alfabetic 469

Scanned with OKEN Scanner

1

Sănătate și boală

- Să încercăm să răspundem la cîteva întrebări 9
- Definiția modernă a sănătății . . 10
- În primul rînd o medicină a sănătății 11
- Medicina preventivă, o medicină rentabilă 12
- Este necesară și psihologia . . . 15

Să încercăm să răspundem la cîteva întrebări

Preocupările pentru apărarea și întărirea sănătății se numără printre cele mai vechi activități ale omului. De altfel, cuvîntul sănătate, care evocă o stare atît de scumpă fiecăruia, apare în vorbirea curentă și în toate limbile în cele mai variate împrejurări și nu este uitat aproape niciodată cu ocazia urărilor de bine.

Recunoașterea valorii unei sănătăți prospere este desigur un lucru elementar. Dar poate oricine să răspundă satisfăcător la anumite întrebări, în aparență simple, asupra sănătății ?

Să precizăm aceste întrebări :

— Cunoaștem oare exact ce este starea de sănătate — sau cu alte cuvinte — concepția pe care ne-am format-o fiecare dintre noi este identică cu aceea științifică asupra sănătății ?

— Care sînt criteriile după care trebuie să ne dăm seama dacă ne aflăm sau nu în deplină stare de sănătate ?

— Care sînt mijloacele care ne stau la îndemînă pentru a putea realiza, oricînd este necesar, un control al sănătății ?

— Știm să profităm de mijloacele de care dispunem pentru a ne controla din cînd în cînd sănătatea, și cum ?

Vom căuta să ajutăm pe cititor să găsească răspunsurile cuvenite la aceste întrebări, în cuprinsul prezentului capitol.

Scanned with OKEN Scanner

Definiţia modernă a sănătăţii

Sănătate nu înseamnă numai absenţa bolii. **„Sănătatea este acea stare completă de bine general, fizic, mintal şi social"** (definiţie dată stării de sănătate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii – O.M.S.).

Sănătatea este acea stare a organismului care rezultă din faptul că toate funcţiile sale se desfăşoară în mod optim, fără nici un semn de evoluţie anormală. Sănătatea nu înseamnă, prin urmare, numai absenţa bolii ci, în mod necesar, are la bază un echilibru al numeroaselor funcţii, precum şi al compoziţiei chimice a umorilor organismului.

Acest minunat echilibru este permanent întreţinut şi controlat printr-un mecanism foarte complex, în care intră numeroşi factori. Asupra acestui mecanism vom stărui într-un capitol următor.

Am dori să insistăm aici doar asupra conţinutului atît de cuprinzător care se atribuie astăzi stării de sănătate, pe care o influenţează atît factorii fizici şi psihici, cît şi factorii sociali. Într-adevăr, starea de sănătate nu poate fi separată de mediul social, de condiţiile social-economice în care oamenii trăiesc şi muncesc. Numai acel mediu social, în care totul este consacrat bunăstării omului, poate oferi şi condiţiile care servesc promovării şi apărării sănătăţii. Ţara noastră oferă din plin aceste condiţii.

Progresele uluitoare ale medicinei, importantele cuceriri ştiinţifice din ultimii zece ani în domeniul biologiei şi biochimiei, au permis o cunoaştere aprofundată a acelor elemente care caracterizează starea de sănătate. În acelaşi timp, medicina dispune de numeroase mijloace de investigaţie a sănătăţii, extrem de fine, foarte precise şi care depăşesc cu mult simţurile noastre comune de apreciere. Faţă de posibilităţile formidabile de investigaţie ale medicinei moderne, trebuie să recunoaştem că, ceea ce înregistrăm ori simţim noi, despre starea de sănătate proprie poate să nu fie suficient. De multe ori, putem să ne simţim sănătoşi, fiind însă departe de acel „echilibru optim al funcţiilor organismului", adică de adevărata stare de sănătate. Unele persoane aparent sănătoase afirmă cu sinceritate la examenul medical: „N-am simţit nimic" sau „nu m-a durut nimic", cînd de fapt ele prezintă hipertensiune arterială, diabet, hepatită cronică sau ciroză hepatică. Toate aceste boli nu se instalează brusc ci în decurs de cîţiva ani, iar persoanele respective nu-şi dau seama de nimic, aşa cum se întîmplă în special unor oameni aparent robuşti. Aceştia muncesc din plin şi fac eforturi fără ca mult timp să sesizeze ceva anormal.

Descoperirea unor afecţiuni cronice se face de foarte multe ori printr-un examen medical, clinic şi de laborator dar ea poate căpăta uneori un aspect dramatic cînd boala respectivă se manifestă, pentru prima dată brusc, printr-un accident sau o complicaţie gravă ca hemoragia cerebrală, infarctul miocardic, ulcerul perforat ori hemoptizia. Controalele medicale periodice ar fi putut însă semnala mult mai devreme modificările progresive survenite în diferitele organe şi aparate şi ar fi prevenit bolnavul, permiţînd să se ia măsurile de împiedicare a progresului bolii.

Medicii sînt puşi din cînd în cînd în situaţia de a constata cum stadiile de început ale unor boli grave scapă cu totul din cauza posibilită-

Scanned with OKEN Scanner

ţilor foarte limitate ale pacientului de autoexaminare şi de apreciere.

Iată deci că, ceea ce noi singuri înţelegem prin sănătate deplină poate să nu corespundă realităţii obiective, ştiinţifice, datorită fie imperfecţiunii simţurilor noastre, fie neatenţiei ori neglijenţei cu care obişnuim să ne examinăm ori să înregistrăm tulburările începătoare, fie — în sfîrşit — faptului că multe boli au o lungă evoluţie silenţioasă. La exemplele pe care le-am dat pînă acum şi la celelalte multe pe care cititorul le cunoaşte, îl mai adăugăm şi pe acela al cariei dentare ascunse (între doi dinţi sau la gîtul unui dinte) care poate evolua pe tăcute, neştiută luni de zile, pînă în clipa în care îşi face cunoscută prezenţa printr-o durere bruscă şi violentă.

Progresele actuale ale medicinei ne oferă însă, de multe ori cu caracter larg, de masă, mijloace extrem de perfecţionate şi fine pentru descoperirea celor mai mici abateri de la starea de sănătate. Prin aceasta, medicina modernă tinde să devină tot mai mult o *medicină preventivă* şi încă mai mult, o *medicină a sănătăţii*, urmărind nu numai să constate ci să şi cultive sănătatea.

În primul rînd o medicină a sănătăţii

Preocuparea primordială a medicinei contemporane este promovarea, întărirea, ocrotirea sănătăţii. Ea se ocupă de promovarea acelor factori şi condiţii care asigură oamenilor sănătatea deplină şi îndelungată, prelungesc durata vieţii şi fac ca bătrîneţea să vină cît mai tîrziu şi cu un grad cît mai redus al scăderii capacităţii de lucru.

Printre aceste preocupări se înscriu şi următoarele :

Promovarea măsurilor de igienă a mediului înconjurător (oraşelor, satelor), de igienă alimentară, a colectivităţilor, a muncii etc.

Îmbunătăţirea condiţiilor de mediu la locul de muncă şi aplicarea tuturor măsurilor care privesc protecţia muncii.

Aplicarea unui complex de măsuri pentru dezvoltarea normală fizică şi mintală a copiilor, începînd cu supravegherea mamei în timpul sarcinii şi continuînd cu urmărirea copilului şi apoi a adolescentului. Protejarea femeii gravide şi a fătului de influenţa oricăror factori vătămători (infecţioşi, toxici, emoţionali, traumatici) asigură naşterea unui copil normal, fără temutele defecte moştenite.

Punerea în valoare a culturii fizice (gimnastică, sport), a excursiilor şi vieţii în aer liber, folosirea din plin a factorilor naturali de călire a organismului : aer, apă, soare.

Îmbinarea raţională a muncii cu odihna în conformitate cu programul pe care este dator să şi-l întocmească fiecare în raport cu particularităţile sale.

Promovarea unei alimentaţii raţionale, combaterea atît a excesului alimentar, cît şi a subalimentaţiei. Evitarea unei alimentaţii unilaterale care duce, prin lipsa din hrană a unor principii nutritive importante sau prin prepararea greoaie ori complicată a alimentelor, la boli de nutriţie ori digestive.

Controlarea periodică a sănătăţii prin examene medicale şi de laborator (radiofotografii, analize de sînge, intradermoreacţii etc.) constituie un preţios mijloc în avantajul sănătăţii, care se aplică astăzi.

Scanned with OKEN Scanner

Stimularea rezistenței la îmbolnăvire prin mijloace nespecifice, cum ar fi regimul corect de viață și prin mijloace specifice, cum sînt vaccinările.

Însăși cartea de față trebuie considerată ca o carte consacrată în primul rînd cunoașterii regulilor care asigură apărarea și întărirea sănătății.

În acest sens ea poate fi numită o carte de medicină, care se deosebește de alte lucrări medicale prin aceea că este destinată publicului nespecialist. Principiul în virtutea căruia se pune la îndemîna familiei o astfel de carte este principiul profilaxiei. În conformitate cu acest principiu, medicul și instituția medico-sanitară se străduiesc să obțină adeziunea și sprijinul efectiv al populației pentru realizarea măsurilor de medicină preventivă în folosul populației însăși.

Medicina preventivă, o medicină rentabilă

„Satius est initiis mederi quam fini" Mai bine este să vindeci începuturile decît sfîrșiturile (bolilor)

ERASMUS, 1508

În sensul cel mai larg, medicina preventivă urmărește prevenirea integrală a bolilor, prin descoperirea și îndepărtarea tuturor factorilor care pot exercita o acțiune vătămătoare asupra organismului, făcînd să înceteze starea de bine, starea de sănătate.

Toate măsurile expuse mai înainte, inițiate pentru promovarea sănătății, servesc în ultimă instanță la prevenirea bolilor. Controlul medical periodic, atît de avantajos pentru păstrarea sănătății, constituie o sarcină fundamentală a organelor de conducere a ocrotirii sănătății dar, totodată, o obligație elementară a fiecăruia față de sine însuși.

Deși paradoxal la prima vedere, acțiunea de prevenire nu încetează nici cînd boala s-a declarat. Ce-ar mai fi de prevenit în acest caz? Prin descoperirea cît mai timpurie a bolii, dîndu-se importanța cuvenită celor mai discrete semne de debut, și printr-un tratament precoce și regim igieno-dietetic respectat cu stricteţe boala poate fi oprită în evoluția ei înainte de a produce complicații sau leziuni definitive („sechele") ori înainte de a se croniciza. În acest mod prevenim deci complicațiile, recidivele și cronicizarea bolilor, precum și scăderea sau pierderea capacității de muncă.

În legătură cu descoperirea cît mai devreme a bolilor, amintim și mijloacele perfecționate de investigație ale medicinei moderne. Prin analize se poate descoperi starea de boală înainte de apariția simptomelor și anume în stadiile cele mai începătoare ale modificărilor infrastructurale și funcționale ale celulelor, cu alte cuvinte, în stadiul „molecular" al bolii.

Surprinderea momentelor inițiale, foarte timpurii, devine posibilă în multe boli. Un exemplu foarte interesant este al hepatitei epidemice în care, prin reacția transaminazelor efectuată cu serul sanguin se poate surprinde starea de boală înainte de apariția tulburărilor evidente și cu multe zile înainte de ivirea icterului. Tot printr-o reacție enzimatică și concomitent prin electrocardiografie (studiul curenților bioelectrici ai ini-

Scanned with OKEN Scanner

mii) putem surprinde cele mai mici tulburări de insuficiență coronariană, lucru de maximă utilitate în prevenirea infarctului, despre care știm că este o boală grea, uneori fatală.

În ceea ce privește valoarea descoperirii precoce a bolii pentru asigurarea succesului tratamentului, aceasta devine ușor de înțeles. Este un adevăr cunoscut de mult: „este mult mai ușor să vindeci începutul unei boli decît sfîrșitul ei".

Valoarea, rentabilitatea tuturor acțiunilor umane se judecă după rezultatele lor. Valoarea acțiunii de prevenire a bolii rezultă și din comparația dintre *costul redus al prevenirii* și *costul enorm al vindecării*, care comportă în plus și riscurile cunoscute ale nevindecării, ale pierderii temporare sau definitive a capacității de muncă ori ale pierderii bolnavului.

Dar cîți oare pot dovedi că apreciază cu adevărat, prin atitudinea lor față de sănătate, valoarea și rentabilitatea profilaxiei? Cîți pun în practică raționamentul simplu dar sănătos: „este mai ușor și mai bine să previi decît să vindeci"? Cîte persoane înțeleg să adopte o poziție activă pentru ca să-și mențină sănătatea? Cîte persoane se prezintă cu convingere la controalele periodice ale sănătății inițiate în interesul sănătății lor? După o cercetare statistică, numai 5% dintr-un grup de persoane s-au interesat de prevenire, în timp ce celelalte 95% au cerut numai ajutor în caz de îmbolnăvire, pentru ca ulterior să nu se mai intereseze de problemele de protecție a sănătății.

Este nevoie ca, pe măsură ce cunoștințele medicale se vor răspîndi mai larg și vor prinde rădăcini mai adînci în mintea oamenilor, ideea de prevenire să cîștige tot mai mult teren în preocupările tuturor.

Sensul de azi al profilaxiei este modificat radical. Altădată, și nu mai mult decît cu cîțiva zeci de ani în urmă, omenirea era preocupată în mod precumpănitor de prevenirea bolilor infecțioase, a bolilor transmisibile, conceptul de prevenire fiind aplicat aproape exclusiv față de aceste boli. Dar prin cunoașterea mai largă și mai profundă a cauzelor care amenință sănătatea omului noțiunea de prevenire s-a extins în toate domeniile medicinei.

S-a observat de pildă că rolul vătămător al factorilor biologici (microorganismele patogene — microbi, ciuperci, virusuri etc.) începe să fie depășit de acela al factorilor chimici și fizici din mediul înconjurător, al factorilor alimentari, al modului de viață etc. De asemenea a ieșit la iveală, prin dezvoltarea inegală a țărilor, rolul factorilor social-economici în producerea bolilor.

Pe de o parte, datorită succeselor obținute în prevenirea bolilor infecțioase, iar pe de altă parte progreselor igienei și îmbunătățiri condițiilor de existență, s-a obținut, în ultimii ani și în mod precumpănitor în țările socialiste, o scădere importantă a morbidității și o creștere a duratei medii a vieții. Ca rezultat, structura pe grupe de vîrstă a populației s-a schimbat în sensul că a crescut apreciabil proporția persoanelor mature și vîrstnice. Aceasta este și principala explicație a faptului că în patologia umană domină în prezent, pe plan mondial, o serie de boli caracteristice vîrstelor înaintate, în special bolile cu caracter degenerativ: ateroscleroza, insuficiența coronariană (angina pectorală și infarctul cardiac), hipertensiunea arterială, accidentele vasculare cerebrale (hemoragie cerebrală), bolile de

Scanned with OKEN Scanner

nutriţie îndeosebi prin supraalimentaţie (obezitate, diabet şi alte boli metabolice) cancerul şi reumatismul. La acestea se adaugă o serie de afecţiuni caracteristice vieţii moderne care sînt accidentele în muncă şi de circulaţie.

În condiţiile aglomeraţiilor din oraşe se ridică o serie întreagă de probleme pentru ocrotirea sănătăţii colectivităţilor datorită unor factori vătămători, specifici civilizaţiei. Printre aceştia se situează pe un prim plan *zgomotul*, factor important, care generează oboseala, scade capacitatea de muncă, împiedică odihna şi somnul reparator, agravează evoluţia unor boli şi contribuie la apariţia tulburărilor psihice, întreţinînd, în fine, o adevărată „patologie a zgomotului". Un alt factor nociv al oraşelor mari îl constituie *impurificarea aerului*, prin gazele emanate de vehicule cu motor, prin fumul de la coşuri, prin praful de pe străzi etc. cu efecte dăunătoare asupra sănătăţii.

Faţă de aceste noi probleme ridicate de marile aglomeraţii orăşeneşti, numai măsurile preventive, organic integrate în procesul de urbanizare, chiar de la proiectarea cartierelor şi zonelor industriale, pot duce la anihilarea factorilor vătămători sănătăţii, pe care i-am amintit şi la punerea tuturor cuceririlor civilizaţiei în slujba omului, pentru un confort cît mai deplin.

O problemă importantă care se înscrie printre preocupările medicinei moderne o constituie prevenirea *bolilor cronice*. Necesitatea prevenirii acestor boli apare tuturor ca indispensabilă, avînd în vedere perturbările permanente aduse stării de sănătate şi capacităţii de muncă (scoaterii repetate din producţie) şi, mai ales, mersul treptat al acestor boli — netratate — către invaliditate. Dar după cum am văzut, prevenirea cronicizării bolilor constituie un obiectiv important al profilaxiei. Pentru atingerea acestui obiectiv sînt necesare măsuri numeroase şi complexe, printre care în primul rînd — cu cooperarea bolnavului — descoperirea şi tratamentul cît mai precoce al bolilor în faza lor acută, cînd se poate interveni cu succes. Dacă în bolile acute (cu evoluţie relativ scurtă) aportul precumpănitor revine de obicei medicului, în bolile cronice (de lungă durată) bolnavul este chemat să înţeleagă sensul recomandărilor primite şi să le aplice fără abatere. Multe boli trec în stadiul cronic datorită unor neglijenţe care permit leziunilor diferitelor organe să progreseze, pînă ce se ajunge într-un stadiu în care bolnavul este irecuperabil. Aşa se întîmplă cu aceia care neglijează boli ce pot avea o evoluţie severă, ca hepatita cronică, cu fumătorii inveteraţi, cu bolnavii de bronşită cronică şi scleroză pulmonară, care ajung cu timpul la insuficienţă respiratorie şi apoi şi cardiacă, sau cu alcoolicii care, cu bună ştiinţă, îşi agravează leziunile grave produse de alcool, prin consumul repetat de noi cantităţi de băuturi spirtoase. Se ajunge astfel la starea de invaliditate în care omul rămîne dependent de un tratament continuu, incapabil de orice activitate.

Dar în raport cu inepuizabilele posibilităţi ale medicinei moderne şi cu larga accesibilitate şi gratuitate a asistenţei medicale, în ţara noastră, nu mai este de conceput să existe cineva care să lase ca boala să evolueze pînă ajunge în stadiul cronic, de obicei greu reversibil ori ireversibil.

Tot în scopul prevenirii oricăror urmări nedorite ale bolii, aşa cum sînt cronicizarea, sechelele şi invaliditatea, medicina modernă se preo-

Scanned with OKEN Scanner

cupă de expertizarea, după anumite norme ştiinţifice, a stării care urmează după anumite boli, pentru aprecierea posibilităţilor de readaptare şi încadrarea corespunzătoare în muncă a foştilor bolnavi. În acest mod se previne neajunsul ca unii din foştii bolnavi să rămînă nefolositori familiei şi societăţii, ca persoane pasive, urmărindu-se, dimpotrivă, ca ei să fie reabilitaţi, readaptaţi şi reîncadraţi în diferite profesii, pe măsura capacităţii lor de muncă.

Este necesară şi psihologia

Medicina modernă, datorită importantelor progrese tehnice, ne-a obişnuit cu obţinerea unor succese terapeutice şi profilactice considerabile. Dar aceste progrese nu ne pot face să uităm complexitatea fiinţei umane şi nici să trecem cu vederea particularităţile vieţii psihice a omului. Ce răsunet poate avea un psihic ţinut sub tensiune asupra sănătăţii omului este nu numai o problemă riguros demonstrată ştiinţific, punct cu punct, ci şi un fapt comun de observaţie pe care îl cunoaşte toată lumea. La o emoţie puternică apar palpitaţii, senzaţie de nod în gît şi transpiraţii reci, după o supărare mai deosebită piere pofta de mîncare şi omul simte uneori contracţii neobişnuite ale stomacului, alteori crampe dureroase şi diaree care trădează o suferinţă a intestinului gros. De altfel, într-un limbaj care a devenit destul de răspîndit se spune că anumite boli ca hipertensiunea arterială, ulcerul de stomac şi colita spastică sînt boli corticoviscerale (cortex = scoarţă; viscer = organ), adică în apariţia lor a jucat un rol precumpănitor suprasolicitarea scoarţei creierului. Drept dovadă că este aşa stă şi faptul că în tratarea acestor boli — în special în fazele lor de început — poate să dea excelente rezultate un regim de cruţare psihică, constînd în scoaterea temporară a bolnavului din mediul de muncă sau de trai care i-au menţinut starea de tensiune şi trecerea lui într-un climat favorabil care să-i confere un confort sufletesc deplin. De altfel, în relaţiile sale cu bolnavul, cel care îl îngrijeşte, oricît de ridicat ar fi nivelul priceperii şi experienţei sale, nu poate fi apreciat şi ascultat dacă nu este în acelaşi timp şi un bun psiholog. De aceea, cunoaşterea psihicului bolnavului rămîne prima din îndatoririle fundamentale ale celui care îl îngrijeşte. Se poate spune chiar că crearea climatului psihologic favorabil este tot atît de necesară vindecării ca şi tratamentul medicamentos, igienic şi dietetic.

O persoană cu experienţă poate descifra „componenta psihică" a bolii sau, cel puţin, răsunetul psihic al unei suferinţe organice, care uneori poate lua proporţii importante patologice şi, ca atare poate aduce mari servicii bolnavilor, grăbindu-le vindecarea.

În fine, şi medicul modern, cu toată amploarea actuală a mijloacelor tehnice de investigaţie şi tratament ale medicinei trebuie să rămînă un bun psiholog pentru a putea realiza acea apropiere caldă şi prietenoasă, atît de apreciată de bolnav şi care constituie o premisă favorabilă a succesului: obţinerea însănătoşirii. „Quod medicamentum non sanat, verbum sanat" (ceea ce medicamentul nu mai vindecă, vindecă cuvîntul) spune un vechi proverb.

Scanned with OKEN Scanner

2

Corpul omenesc

- Celula 16
- Țesuturi, organe, sisteme, aparate . 20
- Alcătuirea generală a corpului uman 21
- Topografia corpului 22
- Organismul, un tot unitar . . . 24

Cunoașterea alcătuirii și funcțiilor organismului este un proces lung istoric. În antichitate, medicii egipteni aveau unele date asupra alcătuirii corpului omenesc datorită experienței căpătate în practica îmbălsămării. Textele unor papirusuri arată că existența vertebrelor, tendoanelor, mușchilor, nervilor, organelor toracice și abdominale, creierului, meningelor și lichidului cefalorahidian era cunoscută încă cu 1 500 de ani înaintea erei noastre. Totuși, metoda principală de cunoaștere a anatomiei omului a fost și a rămas disecția. Dar studiul cu ochiul liber al corpului omenesc trebuia depășit, deoarece elementele anatomice de bază, atît la om, cît și la celelalte viețuitoare, animale și vegetale, sînt celulele. Primele structuri celulare au fost văzute abia după descoperirea microscopului, în secolul al XVII-lea.

Descoperirea celulei a contribuit la demonstrarea unității lumii organice tocmai prin existența acestui element comun.

Celula

Celula este forma fundamentală de organizare a materiei vii. Ea este capabilă să îndeplinească funcțiile de bază ale vieții : schimb de substanțe cu mediul înconjurător, excitabilitate, mișcare, reproducere.

Există animale și plante *monocelulare*, cum sînt și bacteriile. Acestea constituie organisme independente deoarece pot îndeplini funcțiile de bază ale vieții, amintite mai sus.

La animalele superioare și la om, celulele nu mai trăiesc pe cont propriu. Ele se diferențiază alcătuind țesuturi, organe, aparate și sisteme, fiind subordonate unității organismu-

lui. Pentru îndeplinirea unor funcţii ale celulei, în citoplasmă sînt diferenţiate anumite formaţiuni, dintre care unele au caracter permanent iar altele caracter temporar (substanţe de rezervă sau substanţe de excreţie provenite din metabolismul celulei). Vom aminti — în linii cu totul generale — cîteva din aceste formaţiuni :

— *Membrana*, situată la periferia celulei, apare la microscopul electronic ca un înveliş cu perete dublu, foarte subţire. Ea este *semipermeabilă* şi *selectivă*, lăsînd să treacă prin ea într-un sens sau altul numai anumite substanţe. La nivelul acestei membrane au loc fenomene electrice specifice stării de repaus sau activităţii celulei, cunoscute sub numele de *potenţial de membrană*. În practica medicală, aceste fonemene electrice sînt recepţionate şi înscrise cu ajutorul unor aparate speciale şi ele ne dau indicaţii utile asupra funcţiei normale sau patologice a unui ţesut sau organ. Pe acest principiu se bazează *electrocardiograma* şi *electroencefalograma*.

— *Centrul celular*, situat lîngă nucleu, cu rol important în mişcarea cromozomilor în timpul diviziunii celulare ; el lipseşte din celula nervoasă, care nu se divide.

— *Picături de grăsime, granulaţii de glicogen, pigmenţi, vitamine etc.* cu rol nutritiv pentru celulă.

— *Nucleul* este închis ca un sîmbure în masa citoplasmei, fiind mai dens decît aceasta. De obicei, celula are un singur nucleu. Există şi celule cu doi nuclei sau cu mai mulţi nuclei. La periferia nucleului se situează *membrana nucleară*, în interiorul căreia se găseşte *sucul nuclear* în care plutesc nişte corpusculi numiţi *nucleoli*. În compoziţia sucului nuclear se găsesc substanţe organice, cu predominenţa nucleoproteinelor, dintre care cele mai caracteristice sînt cromatina şi linina. În interiorul organismului celulele sînt ca nişte mici animale acvatice cufundate într-un mediu lichid, cald şi uşor sărat. Acest lichid este plasma interstiţială, care realizează un schimb permanent de substanţe cu sîngele. Este de cea mai mare importanţă pentru sănătate ca compoziţia şi concentraţia diferitelor substanţe din plasma interstiţială să fie cît mai constante. Dereglarea echilibrului care există în acest domeniu se poate însoţi de serioase tulburări.

Numărul celulelor din organismul omenesc este incalculabil. De exemplu se apreciază că scoarţa cerebrală, cu o suprafaţă de circa 2 000 cm^2 şi o grosime de 2,5 mm, are peste 14 miliarde de celule nervoase. Sau în cei 5 litri de sînge din organismul uman ar fi aproximativ 30 000 de miliarde de globule roşii şi 50 de miliarde de globule albe.

Dimensiunile şi forma celulelor sînt foarte variate. În general, celulele sînt de dimensiuni microscopice, adică sub limita vizibilităţii cu ochiul liber. Totuşi ovulul, cea mai mare celulă din corpul omenesc, are a 5-a parte dintr-un milimetru şi poate fi văzut cu ochiul liber. Forma celulei este în legătură cu poziţia şi cu funcţia pe care o îndeplineşte ; se pot distinge celule sferice, ovale, cubice, paralelipipedice şi fusiforme.

Structura celulei. În ultimul timp s-au realizat progrese mari în obţinerea datelor ştiinţifice privind structura şi funcţiile celulelor. În primul rînd, s-a pus la punct metoda de cultivare a celulelor, ceea ce a permis examinarea la microscop a celulei vii. În al doilea rînd, microscopul electronic a permis studii de mare fineţe ale componenţilor celulei.

Celula este alcătuită din două părţi principale : *citoplasma* şi *nucleul*.

Proteinele — substanţe asemănătoare cu albuşul de ou — reprezintă componenta principală a citoplasmei, ele găsindu-se în asociere cu diferite alte substanţe organice.

Fiziologia celulei. Celula se află într-un schimb permanent de substanţe cu mediul în care trăieşte, luîndu-şi din mediu substanţele pe baza cărora îşi sintetizează compuşii specifici

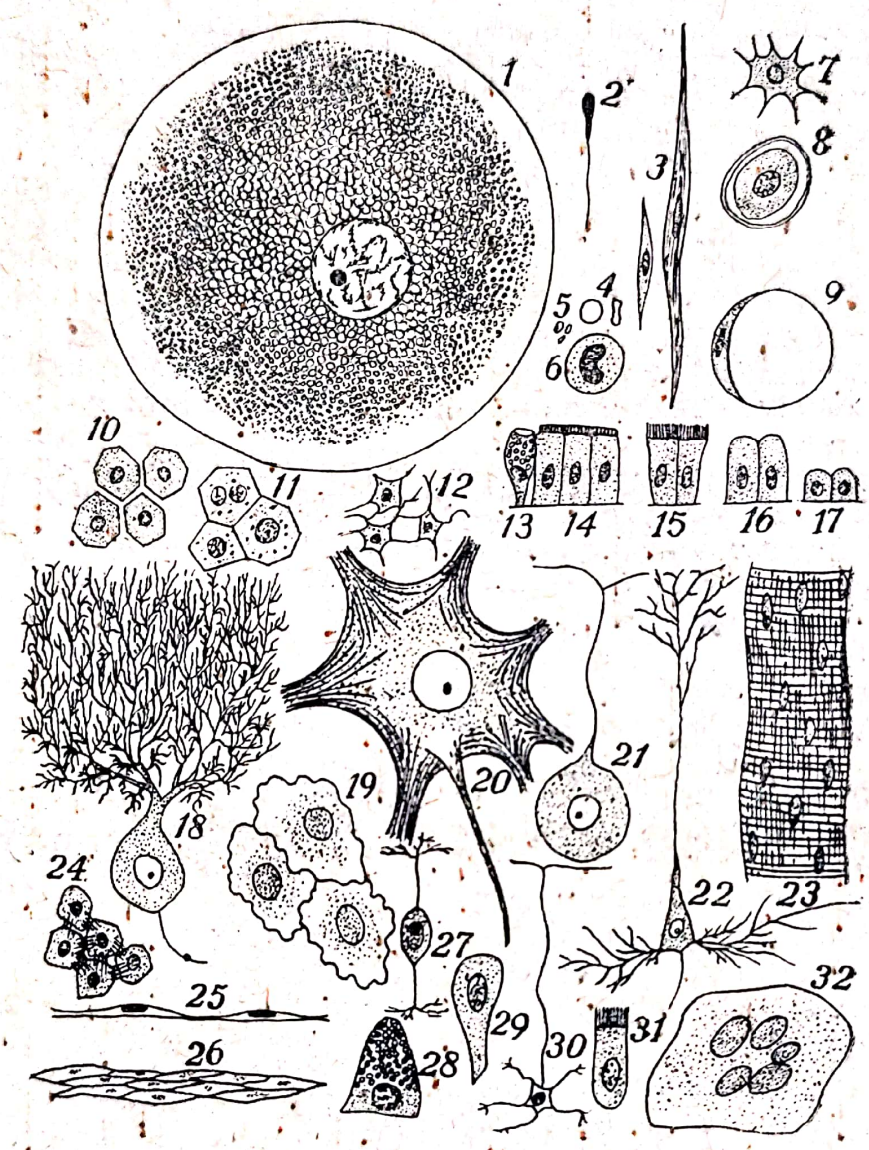


Fig. 1. — Diferite tipuri de celule din corpul omenesc :

1 — ovul ; *2* — spermatozoid ; *3* — celule musculare netede ; *4* — globule roşii ; *5* — plăcuţe sanguine ; *6* — leucocit mononuclear ; *7* — celulă osoasă ; *8* — celulă cartilaginoasă ; *9* — celulă adipoasă ; *10* — celule din cornee ; *11* — celule hepatice ; *12* — celule conjuctive ; *13* — celulă mucoasă ; *14* — celule intestinale ; *15* — celule cu cili vibratili ; *16* — celule prismatice ; *17* — celule cubice ; *18* — celulă nervoasă din cerebel ; *19* — celulă epitelială turtită ; *20* — celulă nervoasă multipolară ; *21* — celulă nervoasă unipolară ; *22* — celulă nervoasă piramidală ; *23* — fibră musculară striată ; *24* — celule din piele ; *25* — celule endoteliale ; *26* — celule turtite suprapuse ; *27* — celulă nervoasă bipolară ; *28* — celulă din cerebel ; *29* — Celulă renală ; *30* — Celulă nervoasă ; *31* — celulă auditivă ; *32* — celulă din măduva osoasă.

citoplasmei sale. Aceasta este *asimilația* sau anabolismul, prin care celula își mărește volumul și *crește*. Substanțele organice din citoplasmă sînt oxidate și descompuse cu ajutorul oxigenului, eliberîndu-se energie chimică ce este transformată în alte forme de energie necesare îndeplinirii funcțiilor vitale. Această descompunere a citoplasmei este *dezasimilația* sau *catabolismul* în urma căruia rezultă și substanțe *de excreție* care sînt eliminate din celulă. Aceste procese prin care celula face schimb de substanțe cu mediul formează *metabolismul celular*. În celula tînără predomină asimilația asupra dezasimilației iar în celula bătrînă dezasimilația este mai intensă și creșterea celulei încetează. O dată cu oprirea metabolismului celular încetează și viața celulei. Există procedee de măsurare a metabolismului întregului organism prin calcularea rației alimentare, a consumului de oxigen și a eliminării azotului. S-a constatat că în copilărie anabolismul întrece catabolismul, în perioada adultă cele două procese sînt aproximativ echivalente, iar la bătrîni catabolismul depășește anabolismul.

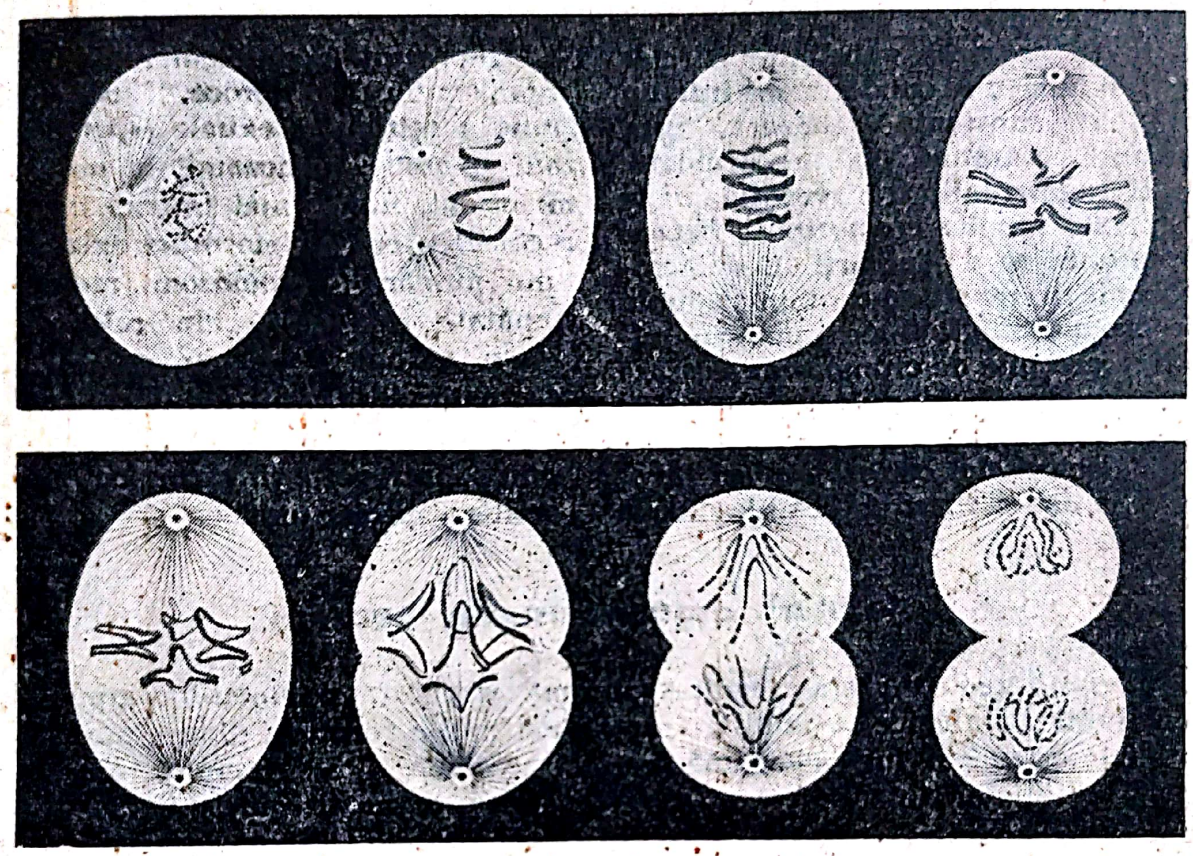


Fig. 2. — Diferite faze succesive ale diviziunii celulare indirecte.

Diviziunea celulei se poate face printr-o simplă strangulare a nucleului și a citoplasmei la mijlocul celulei mame, rezultînd astfel două celule fiice.

Diviziunea indirectă sau *cariochineza* este principalul mod de înmulțire a celulelor la om. În cele 4 faze ale acestei diviziuni *(profază, metafază, anafază* și *telofază)* au loc următoarele procese principale în corpul

celulei care se divide : centrul celular se împarte în două ; cele două jumătăţi care rezultă se aşază la cîte un pol al celulei dar rămîn unite prin nişte filamente ce vor avea rol mai tîrziu în aşezarea substanţei nucleare ; în nucleu se condensează într-un filament substanţa nucleară, care conţine cromatină, şi se formează, prin fragmentare transversală, nişte segmente numite *cromozomi ;* fiecare cromozom se va împărţi în doi cromozomi fii, rezultînd un număr dublu de cromozomi faţă de numărul iniţial ; perechile de cromozomi se aşază în regiunea ecuatorială a celulei, pe meridianele formate de filamentele ce unesc cei doi centri celulari ; cromozomii se despart şi alcătuiesc două grupe (fiecare conţine numărul iniţial de cromozomi) ce se îndepărtează una de alta şi se apropie de centrul celular corespunzător ; corpul celular se împarte în două părţi (celulele fiice care reprezintă două elemente noi ale organismului). În procesul de diviziune a celulelor sexuale *(spermatozoid* şi *ovul)* cromozomii la un moment dat, nu se mai împart în perechi ceea ce va determina existenţa unui număr de cromozomi redus la jumătate în fiecare din cele două celule sexuale. Dar din contopirea spermatozoidului cu ovulul va rezulta *celula ou* în care numărul de cromozomi se întregeşte în raport cu caracteristica speciei umane.

Ţesuturi, organe, sisteme, aparate

Diferenţierea celulară, rezultat al diviziunii fiziologice a muncii între celulele organismului, determină asocierea celulelor în ţesuturi, organe, sisteme şi aparate.

Ţesuturile sînt asocieri ale mai multor elemente anatomice care au structură, formă şi origine comună. Se disting patru categorii de ţesuturi :

— *ţesutul epitelial,* care formează învelişul organismului (intrînd în alcătuirea straturilor externe ale pielii) sau căptuşeşte unele organe, avînd şi rol secretor (aparat respirator, digestiv, urinar, genital etc.) ;

— *ţesutul conjunctiv,* din care se formează şi ţesutul osos şi cartilaginos ;

— *ţesutul muscular* (striat şi neted), cu rol contractil ;

— *ţesutul nervos.*

Organele. Un organ este un comcomplex anatomic, cu o anumită formă, structură şi funcţie, compus din mai multe ţesuturi, dintre care unul predomină. De exemplu, muşchiul este un organ şi reuneşte ţesut muscular, conjunctiv şi nervos — dar predomină ţesutul muscular. La fel sînt alcătuite şi alte organe : ficatul, stomacul, splina, rinichiul etc.

Sistemele sînt grupe de organe cu structura asemănătoare şi care îndeplinesc aceleaşi funcţii (sistemul nervos, sistemul muscular).

Aparatele sînt formate dintr-un grup de mai multe organe diferite din punct de vedere morfologic, care contribuie la îndeplinirea unei funcţii comune. De exemplu, aparatul digestiv este format din gură, dinţi, faringe, esofag, stomac, intenstine, glande salivare, ficat, pancreas. Fiecare din acestea luate în parte au funcţii diferite şi sînt deosebite din punctul de vedere al alcătuirii lor, însă participă împreună la actul digestiei.

Scanned with OKEN Scanner

Alcătuirea generală a corpului uman

Corpul omenesc este alcătuit din cap, gît, trunchi și membre.

Capul este alcătuit dintr-o porțiune craniană — în care este conținut creierul cu învelișurile sale (meninge) — și o porțiune facială la nivelul căreia se găsesc organe sensibile pentru văz, auz, miros, gust, precum și partea inițială a căii respiratorii (nasul) și a căii digestive (gura și glandele salivare). Cavitatea craniană comunică și se continuă cu canalul vertebral, format prin suprapunerea găurilor pe care le prezintă șirul vertebrelor ce alcătuiesc coloana vertebrală. Creierul se continuă și el cu măduva spinării conținută în canalul vertebral alcătuind împreună sistemul nervos central.

Gîtul are o regiune posterioară — ceafa — și o regiune anterioară cu o alcătuire mai complexă prin prezența vaselor de sînge, a căii digestive (faringe, esofag) înaintea căreia este situată calea respiratorie (laringe, trahee) înconjurată anterior și pe laturi de glanda tiroidă care devine foarte evidentă în cazuri patologice (gușă).

Trunchiul prezintă în interiorul său cavitatea toracică și cavitatea abdominală, separate între ele prin mușchiul diafragm. Cavitatea abdominală comunică și se continuă în jos cu cavitatea pelviană, aflată în scobitura oaselor bazinului și mărginită inferior de un planșeu — perineul — la nivelul căruia sînt situate organele genitale externe și orificiul anal. În cavitatea toracică, abdominală și pelviană se găsesc organele interne : astfel, în cavitatea toracică se găsesc cei doi plămîni îmbrăcați într-o membrană seroasă cu două foițe numite pleure. Între plămîni se află inima și vasele mari care vin sau pleacă de la ea (venele cave, artera aortă). Inima este conținută într-un sac numit pericard. Înapoia inimii trece esofagul. Inima este legată de plămîni prin sistemul micii circulații (circulația pulmonară) iar de restul corpului prin circulația mare.

Cavitatea abdominală conține porțiunea cea mai întinsă a tubului digestiv (stomac, intestin subțire, intestin gros) și glandele anexe : ficatul și pancreasul. Splina se află pe teritoriul circulației sanguine a ficatului. Toate aceste organe sînt învelite într-o membrană seroasă numită peritoneu, care acoperă și unele din organele situate în cavitatea pelvină.

Cavitatea pelvină conține dinapoi înainte trei zone ocupate de organe digestive (rectul), genitale interne (uterul și anexele la femeie, prostata și veziculele seminale la bărbat) și urinare (vezica urinară). Înapoia organelor învelite de peritoneu se află *spațiul retroperitoneal*, în care se găsesc *rinichii și ureterele* (conductele prin care urina trece în vezica urinară). Pleura, pericardul și peritoneul, pe lîngă faptul că îmbracă organele pe care le-am arătat, au o dispoziție particulară a foițelor lor încît formează între ele *cavități : pleurală, pericardică și peritoneală*. În mod normal aceste cavități sînt virtuale ; ele devin reale în cazuri patologice, cînd se acumulează în ele lichid (puroi, sînge etc.) sau aer, realizînd *pleureziile, pericarditele* sau *peritonitele*.

Membrele superioare și inferioare au trăsături comune în modul lor de alcătuire ; fiecare este legat de trunchi printr-o centură osoasă (umăr, șold) și apoi se continuă cu extremitatea liberă care este formată din trei segmente. La membrul superior distingem brațul, antebrațul și mîna, iar la membrul inferior coapsa, gamba

Scanned with OKEN Scanner

și piciorul. Caracteristic ființei umane este opoziția degetului mare de la mînă (police) față de celelalte patru degete; această opoziție a policelui permite realizarea mișcărilor fine și complexe ale mîinii omenești.

Topografia corpului

Pentru a stabili poziția diferitelor părți ale corpului omenesc și raporturile care există între ele se folosesc trei planuri de orientare (fig. 3):

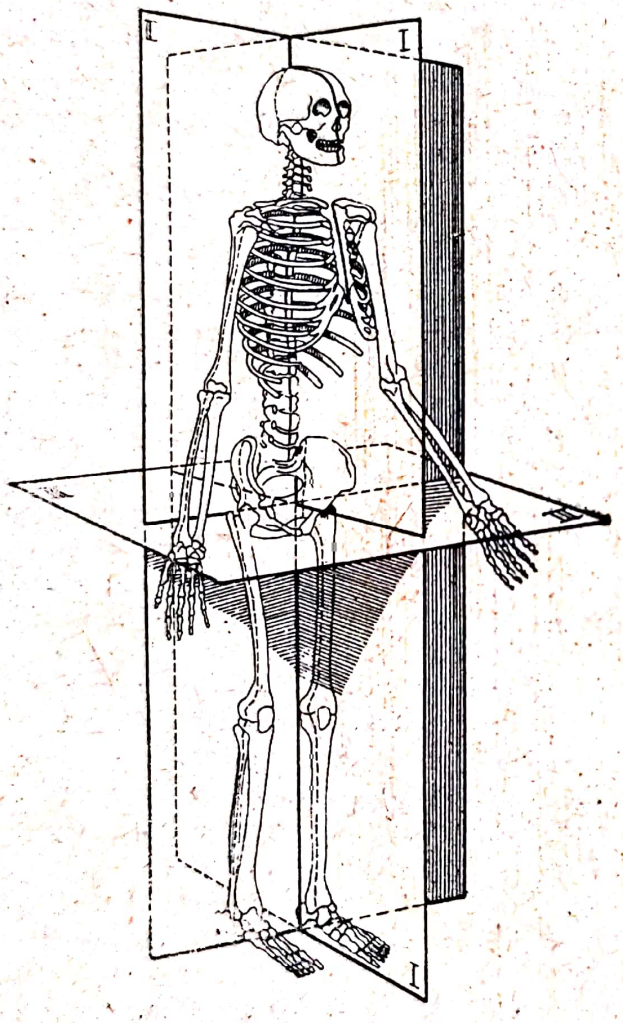


Fig. 3. — Planurile de orientare ale corpului omenesc.
I — plan mediosagital; II — plan frontal; III — plan transversal.

— *planul frontal*, paralel cu fruntea;

— *planul sagital*, perpendicular pe primul, străbate corpul dinainte înapoi;

— *planul transversal*, perpendicular pe primele două, este dus paralel cu suprafața tălpilor.

În raport cu planul frontal, poziția unui organ sau părți din corp poate fi *anterioară* (ventrală) sau *posterioară* (dorsală). De exemplu, față de planul frontal, nasul este situat anterior (ventral) iar coloana vertebrală este situată posterior sau dorsal. Față de planul sagital, care trece prin mijlocul corpului ca un plan de simetrie *(plan mediosagital)*, poziția poate fi *medială* (apropiată de planul mediosagital) sau laterală (depărtată de planul mediosagital). În raport cu planul mediosagital, ochii sînt așezați lateral față de nas, dar medial față de urechi. În sfîrșit, față de planul transversal poziția unui organ sau părți din corp poate fi *superioară (craniană*, mai aproape de craniu) sau *inferioară (caudală*, mai aproape de partea terminală a trunchiului). Astfel, nasul este situat cranial față de gură iar genunchiul este situat caudal față de șold. Pentru orientarea la nivelul membrelor se folosesc termenii *proximal* (aproape de rădăcina membrului) și *distal* (departe de rădăcina membrului). De exemplu, mîna este situată distal față de antebraț și braț, iar brațul este situat proximal față de antebraț și mînă.

Alte elemente de topografie permit împărțirea corpului în zone și cunoașterea proiecției la pereții trunchiului a organelor, deoarece explorarea lor se face tocmai prin intermediul acestor pereți. De multe ori apare pe fișa bolnavului sau pe buletinul eliberat în urma unei explorări, cîte un termen care se folosește pentru localizarea organelor. Se folosesc de pildă anumite linii convenționale orientate vertical sau orizontal. Astfel

la torace folosim liniile aproximativ orizontale formate din coaste, iar ca linii verticale, cele duse prin mijlocul și marginile sternului, prin mijlocul claviculei, prin marginile axilei, prin vîrful omoplatului și prin șirul apofizelor spinoase ale coloanei vertebrale. Cu ajutorul acestor linii putem proiecta la peretele toracic inima, vasele mari, plămînii, pleura etc.

De exemplu, inima se proiectează pe o suprafață relativ patrulateră delimitată de 4 puncte: cele două puncte din dreapta sînt situate pe marginea dreaptă a sternului (cel cranial la unirea acestor margini cu al treilea cartilaj costal iar cel caudal la unirea cu al șaptelea cartilaj costal); cele din stînga sînt situate mai departe de stern (cel cranial este situat pe marginea cranială a celui de al treilea cartilaj costal cam la 2,5 cm în afara sternului, iar cel caudal dedesubtul coastei a cincea și la 8—10 cm lateral de stern. În diferite boli ale inimii, suprafața de proiecție a acestui organ la peretele toracic este mult modificată.

Și la nivelul peretelui abdominal se folosesc anumite linii convenționale pentru delimitarea topografică: două linii orizontale dintre care cea cranială trece prin marginea inferioară a grilajului costal, iar cea caudală unește părțile proeminente (spinele ilace) ale oaselor bazinului; două linii verticale coborîte din mijlocul claviculelor pînă la rădăcina coapselor (liniile medio-claviculare). Între aceste linii se delimitează 9 zone cu următoarele denumiri și proiecții de organe (fig. 4):

— *hipocondrul drept:* ficatul și vezicula biliară;

— *epigastrul:* stomacul;

— *hipocondrul stîng:* splina;

— *flancul drept:* colonul ascendent și rinichiul drept;

— *mezogastrul:* ansele intestinului subțire;

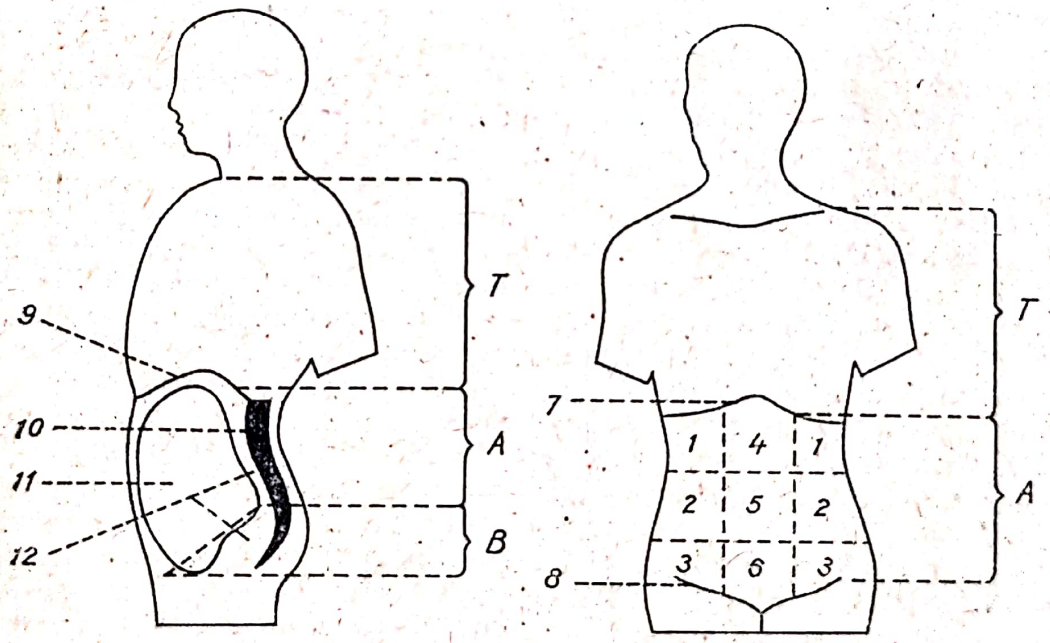


Fig. 4. — Topografia trunchiului:

1 — hipocondru; *2* — flanc; *3* — fosă iliacă; *4* — epigastru; *5* — mezogastru; *6* — hipogastru; *7* — marginea costală *8* — plica inghinală; *9* — diafragm; *10* — coloana vertebrală și osul sacru; *11* — cavitatea peritoneală; *12* — spațiu retroperitoneal; T — torace; A — abdomen; B — bazin.

— *flancul stîng :* colonul descendent și rinichiul stîng ;

— *fosa iliacă dreaptă :* cecul și apendicele (ovarul drept la femeie) ;

— *hipogastrul :* vezica urinară ;

— *fosa iliacă stîngă :* colonul sigmoid (ovarul stîng, la femeie).

Organismul, un tot unitar

Întreaga ființă umană derivă dintr-o celulă inițială, *unică*, celula din a cărei multiplicare și dezvoltare diferențiată se realizează corpul omului atît de complex în alcătuirea și în funcțiile sale.

Complexitatea corpului omenesc ne impresionează cînd facem studiul său analitic ; dar această complexitate este mult mai impresionantă cînd considerăm organismul în întregime ca o ființă esențial *una*. Să ne oprim doar la cîteva aspecte.

Organele, sistemele și aparatele corpului omenesc au o delimitare precisă anatomică : așezare, formă dimensiuni, întindere, raporturi. La aceste limite anatomice nu le corespund însă și limite fiziologice. Tiroida de pildă nu se limitează numai la suprafața și spațiul pe care-l ocupă ; ea se inseră în activitatea întregului organism prin substanțele pe care le secretă în mediul intern. La rîndul ei, funcția tiroidei este influențată de totalitatea celorlalte funcții ale organismului. Prin urmare, unitatea corpului nu constă atît în suma părților sale, cît în coordonarea tuturor funcțiilor sale. Această *coordonare*, prin care organismul își realizează funcțiile *ca un tot unitar*, este asigurată de mediul intern *(coordonare umorală)* și de sistemul nervos *(coordonare nervoasă)*.

Coordonarea umorală. Fiecare organ produce în timpul funcționării sale anumite substanțe pe care le trimite, prin mediul intern al organismului (sînge, limfă sau lichid interstițial), la celelalte țesuturi și organe, influențîndu-le funcționarea. Un exemplu tipic sînt hormonii produși de glandele cu secreție internă, pe care sîngele îi duce în tot organismul. Hormonii se găsesc în cantitate infimă în sînge, însă influențează în mare măsură reacțiile fermentative, procesele de sinteză și de degradare din organism.

Coordonarea nervoasă este realizată prin activitatea sistemului nervos. Terminațiile nervoase care ajung pînă le periferia organismului leagă între ele diferite organe prin intermediul sistemului nervos central ; acesta primind știri de la fiecare organ despre starea funcționării lor, determină prin calitatea impulsurilor pe care le trimite, un anumit ritm și nivel de funcționare a organelor și aparatelor din organism. De exemplu inima este inervată de fibre nervoase simpatice, care accelerează ritmul contracțiilor cardiace și le mărește intensitatea și de fibre nervoase parasimpatice care au o acțiune antagonistă, constînd în încetinirea ritmului contracțiilor cardiace și scăderea intensității lor. În mod normal funcția acestor nervi este coordonată încît inima să aibă contracții cu frecvență și intensitate normale ; anumite impulsuri asupra centrilor nervoși respectivi, cum ar fi cele transmise de la scoarța cerebrală în diferite stări emoționale (frică, mînie, bucurie), pot determina o modificare, uneori foarte marcată, a intensității contracțiilor cardiace.

Coordonarea funcțională pe cale nervoasă se realizează repede, însă este de scurtă durată ; coordonarea

Scanned with OKEN Scanner

pe cale umorală se face lent, dar efectele sînt de mai lungă durată. Între cooordonarea nervoasă și cea umorală există o strînsă legătură și — pînă la un anumit punct — o intimă interdependență.

Concepția despre organism ca un tot unitar stă astăzi la baza practicii medicale. Această concepție ne permite să vedem organismul uman *integral* și în *interdependență* cu *mediul extern*, fizic și social. *Starea de sănătate* și *starea de boală* nu pot fi localizate numai la nivelul unui țesut, organ sau aparat, ci ele aparțin întregului organism. Ființa umană are o rezistență naturală și poate să facă față unor condiți grele de mediu, este capabilă de eforturi fizice și nervoase deosebite și poate lupta împotriva agresiunilor.

Aceste capacități ale ființei umane derivă din modul în care la un moment dat organismul se poate adapta la condițiile mediului ambiant. Reacțiile organismului la diferite excitații și condiții de mediu sînt grupate în noțiunile de *reactivitate* și *teren*. Pentru fiecare specie animală, inclusiv omul, reactivitatea și terenul reprezintă rezultatul dezvoltării sale, fiind un produs al calităților ereditare acumulate în cursul formării speciei respective și al adaptării la mediul ambiant; pentru om se adaugă la mecanismele reactivității, activitatea sa nervoasă superioară și situația lui de ființă socială. Omul a adăugat la mecanismele biologice automate de menținere a echilibrului său organic, antrenamentul conștient, precum și diferite metode și mijloace pentru corectarea unor insuficiențe ale mediului exterior sau ale organismului său.

Medicina poate influența în sens favorabil o serie de factori ce determină reactivitatea și terenul individului. Dintre aceștia menționăm și îndepărtarea, pe cît posibil radicală, a consecințelor bolilor anterioare, prevenirea sau tratarea în stadiile incipiente a bolilor actuale.

Scanned with OKEN Scanner

3

Sistemul nervos

- Structura şi principalele funcţii ale sistemului nervos 26
  - Sistemul nervos central . . . 26
    - Măduva spinării 28
    - Trunchiul cerebral 28
    - Creierul mare 29
  - Sistemul nervos periferic . . . 30
    - Nervii cranieni 32
    - Nervii rahidieni 32
- Simptomele mai importante în neurologie 32
- Bolile neurologice mai frecvente . 34
  - Bolile vasculare ale creierului . . . 34
  - Infecţiile sistemului nervos . . . 35
  - Bolile degenerative ale sistemului nervos 38
  - Tumorile sistemului nervos . . 39
  - Epilepsia 39
  - Comele 40
- Bolile psihice 41
- Simptomele principale ale bolilor psihice 41
- Bolile psihice mai importante . . 42
  - Schizofrenia 42
  - Sindromul maniaco-depresiv . . 43
  - Paranoia 43
  - Parafrenia 43
  - Oligofrenia 43
- Consideraţii asupra tratamentului bolilor psihice 44
- Nevroza astenică 44

Structura şi principalele funcţii ale sistemului nervos

Sistemul nervos este în întregime format dintr-un ţesut cu o înaltă diferenţiere, cu proprietăţi şi funcţii infinit de numeroase şi complexe care îi permit să asigure adaptarea organismului la condiţiile în perpetuă schimbare ale mediului înconjurător, să servească drept sediu material al tuturor proceselor vieţii psihice.

În interiorul substanţei nervoase, celulele sînt de două feluri : *neuronii*, cu rol în recepţionarea, înmagazinarea şi transmiterea excitaţiilor primite din afara sau din interiorul organismului, şi celulele care alcătuiesc *nevroglia*, cu rol în nutriţia şi susţinerea neuronilor. Relaţiile dintre neuroni stau la baza funcţiilor sistemului nervos, care conduce întreaga activitate a organismului omenesc.

Sistemul nervos central

În alcătuirea sistemului nervos central se deosebesc următoarele părţi :

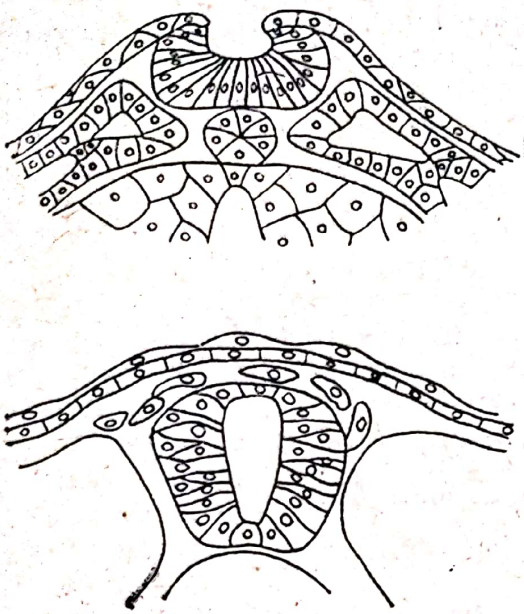


Fig. 5. — Formarea tubului neural la embrion.

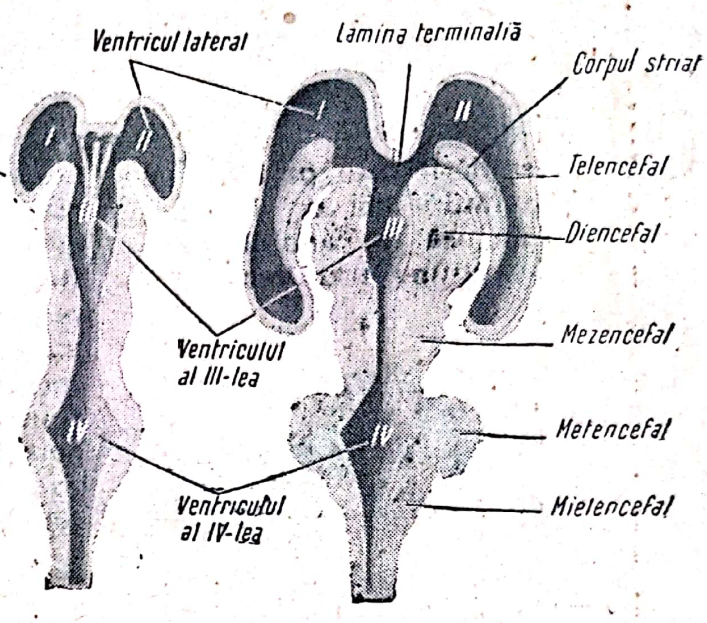


Fig. 6. — Reprezentarea schematică a dezvoltării creierului.

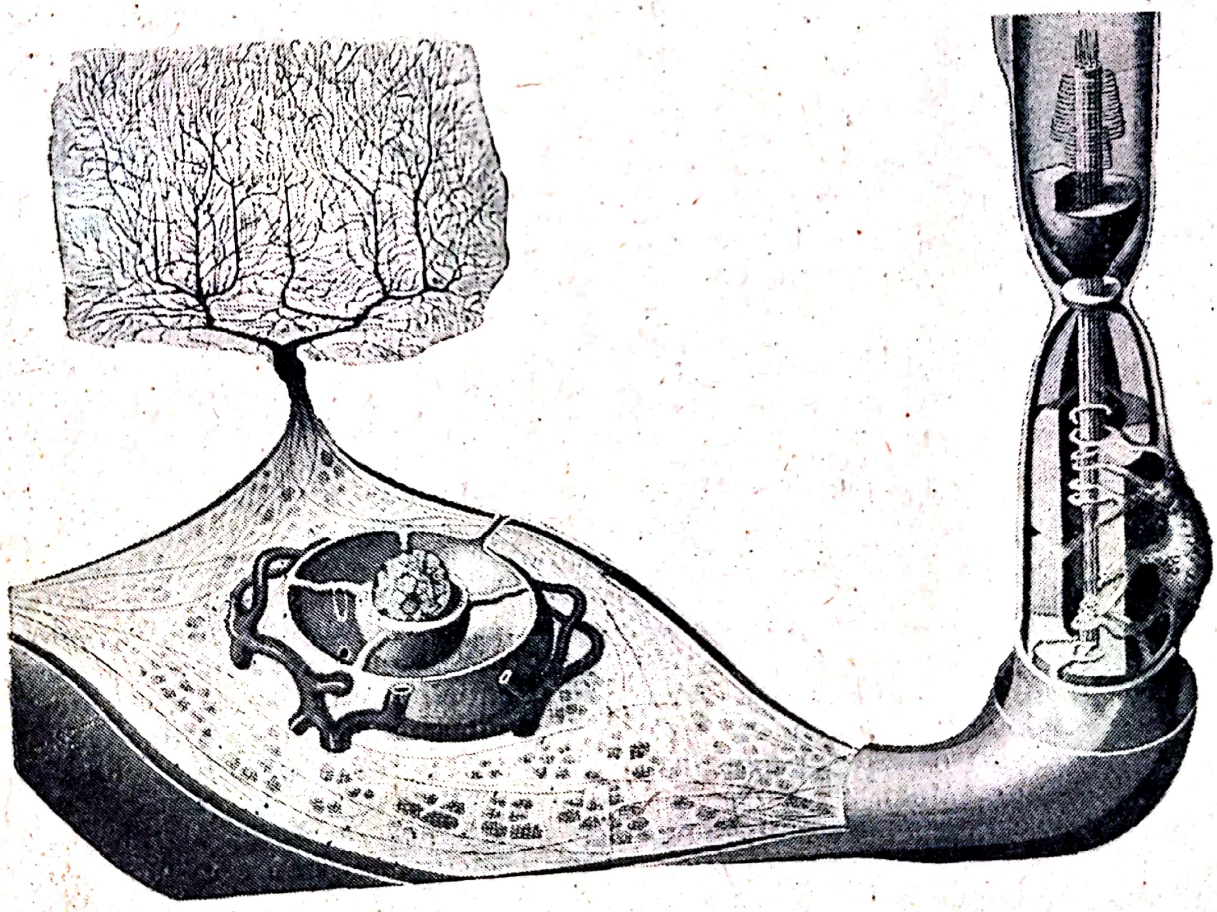


Fig. 7. — Reprezentarea schematică a unui neuron.

Scanned with OKEN Scanner

emisferele cerebrale, trunchiul cerebral și măduva spinării.

Măduva spinării

Măduva spinării este partea inferioară a sistemului nervos central și se găsește închisă în canalul vertebral. Pe o secțiune transversală de

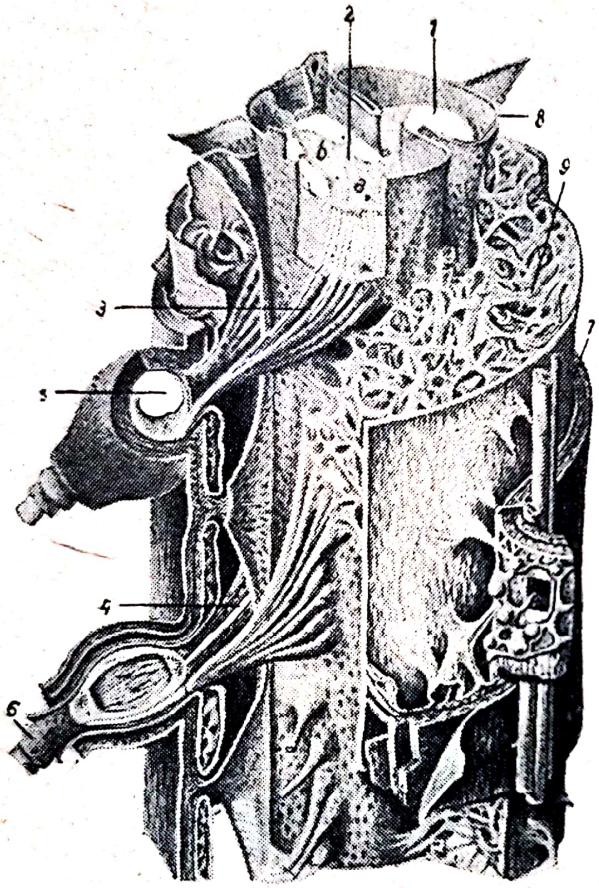


Fig. 8. — Configurația măduvei spinării: *1* — substanță albă; *2* — substanță cenușie cu corn anterior (a) și posterior (b); *3* — rădăcina anterioară a nervului rahidian (motorie); *4* — rădăcină posterioară (senzitivă); *5* — ganglion spinal; *6* — nerv rahidian; *7* — dura mater; *8* — pia mater; *9* — arahnoida.

măduvă se pot observa două zone: una centrală în formă de „H" și de culoare închisă (substanța cenușie), în care predomină celulele nervoase și alta periferică de culoare mai deschisă (substanța albă).

În partea anterioară a substanței cenușii (coarnele anterioare) se găsesc celule cu funcție motorie, care își trimit prelungiri ce intră în constituția nervului și se termină în mușchi. Partea posterioară a substanței cenușii este formată din celule care recepționează excitațiile primite de la nervii senzitivi, conducîndu-le spre etajele superioare. Substanța albă este calea prin care se transmite influxul nervos în dublu sens de la centru la periferie și, invers, către etajele superioare, pînă la scoarța cerebrală. Măduva spinării poate să funcționeze și fără legătură cu etajele superioare. Micțiunea și defecarea, transpirația, motricitatea vaselor sanguine, mișcările reflexe de retragere sau de întindere a unui picior se pot realiza involuntar, fără controlul obligatoriu al scoarței cerebrale.

Trunchiul cerebral

Trunchiul cerebral este partea care leagă măduva spinării de emisferele cerebrale. Începînd de la partea superioară a măduvei și pînă la emisfere se observă bulbul, puntea și pedunculii cerebrali. În spatele lor și legat de fiecare din aceste formațiuni se găsește creierul mic. Trunchiul cerebral constituie un loc de trecere pentru excitațiile senzitive spre etajele superioare sau de transmitere a impulsurilor motorii spre etajele inferioare. În afară de acest rol, el are și funcții individualizate.

Bulbul. Aici se găsesc nucleii de origine ai unor nervi cranieni (perechile IX, X, XI și XII). Multe căi nervoase motorii și senzitive se încrucișează în bulb. Din această cauză, un ordin de mișcare trimis de scoarța unei emisfere este executat de jumătatea opusă a corpului; la fel sensibilitatea de o parte este recepționată de emisferul cerebral de partea opusă (sensibilitatea termică și dureroasă se încrucișează încă la nivelul măduvei spinării). Bulbul controlează o serie de funcții reflexe de importanță

Scanned with OKEN Scanner

vitală care pot sta și în afara controlului etajelor superioare: respirația, salivația, voma, strănutul, tusea, deglutiția etc.

Puntea. Aici se găsesc nucleii de origine ai perechilor V, VI, VII și VIII de nervi cranieni. Puntea are următoarele funcții reflexe mai importante: salivația, clipirea, lăcrimarea, masticația etc.

Pedunculii cerebrali. Aici se găsesc nucleii de origine ai perechilor III și IV de nervi cranieni. Ca funcții mai importante se menționează reflexele de redresare a capului și corpului.

Cerebelul. Se situează posterior față de pedunculi, punte și bulb, de care este legat prin fibre nervoase, și are un rol important în coordonarea mașcărilor fine.

Creierul mare

Creierul mare este format din cele două emisfere. Dacă este secționat se observă *substanța cenușie*, la suprafața emisferelor sau aglomerată în anumiți nuclei din profunzimea creierului, și *substanța albă* în interior.

Substanța cenușie corespunde zonelor cu aglomerări de celule nervoase, iar cea albă corespunde fibrelor nervoase, prelungiri ale celulelor din substanța cenușie. Toate funcțiile își au o localizare pe scoarță. Astfel, mișcările voluntare și coordonarea lor își au sediul în scoarța lobului frontal. Toate formele de sensibilitate (tactilă, termică, dureroasă și profundă) sînt analizate în scoarța lobului parietal. Senzațiile vizuale își au centrul pe scoață în lobul occipital, iar senzațiile auditive în lobul temporal.

Nucleii substanței cenușii din interiorul emisferelor se grupează și ei după anumite funcții. *Nucleii talamici* execută un anumit grad de analiză a tuturor formelor de sensi-

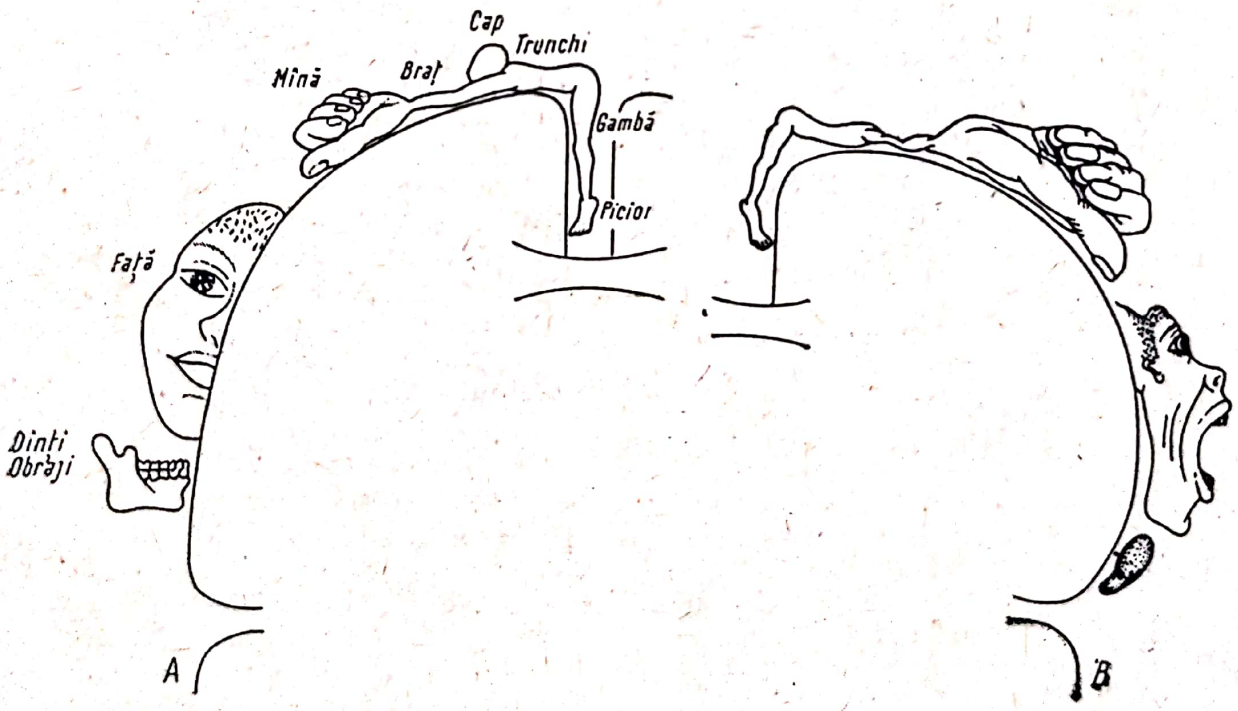


Fig. 9. — A — „Omulețul senzitiv", reprezentarea schematică pe scoarța creierului (în secțiune verticală) a importanței pe care o are fiecare regiune a corpului în raport cu celelalte. Reiese de exemplu, că sensibilitatea degetului mare ocupă pe scoarță un teritoriu aproximativ egal cu cel al trunchiului în întregime: B — „Omulețul motor"

Scanned with OKEN Scanner

bilitate (inclusiv vederea, auzul gustul etc.). *Nucleii lenticulari* sau extrapiramidali controlează starea de tonus a mușchilor și împiedică apariția mișcărilor bruște (involuntare, reflexe) care ar tulbura armonia mișcărilor în vederea unui scop propus. *Nucleii hipotalamici* controlează creșterea sau scăderea temperaturii corpului, reglează și asigură ritmicitatea stării de somn sau de veghe; împreună cu hipofiza au un rol important în dirijarea metabolismului grăsimilor, zaharurilor și proteinelor introduse în organism prin alimentație sau chiar asupra celor pe care le posedă organismul. Au un rol important și în funcția sexuală.

Sistemul nervos periferic

Legătura dintre organele corpului și sistemul nervos central se face prin intermediul nervilor. Într-un nerv se găsesc două feluri de fibre:

Fibrele senzitive care transmit diferitele excitații către sistemul nervos central. Aceste fibre sînt în realitate prelungiri ale celulelor nervoase specializate care se găsesc îngrămădite în niște formațiuni denumite *ganglioni spinali*, situați de-a lungul canalului medular. Vom găsi

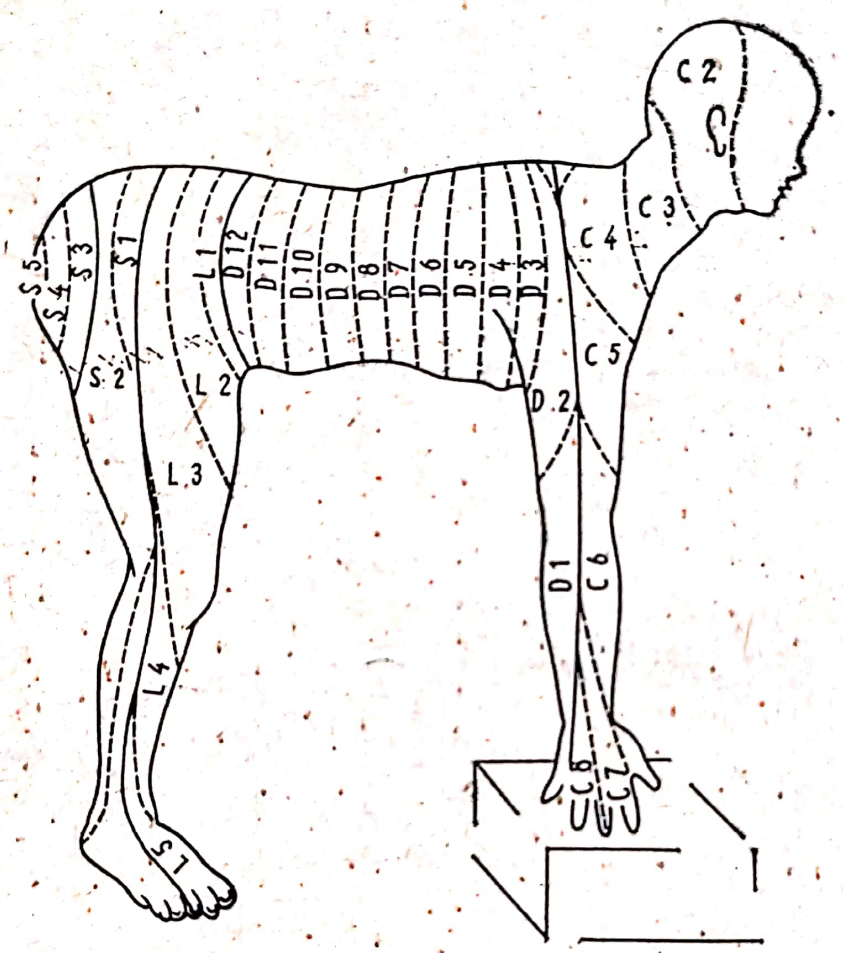


Fig. 10. — Schema dermatoamelor (teritoriile cutanate inervate de nervii rahidieni cervicali, dorsali, lombari și sacrați).

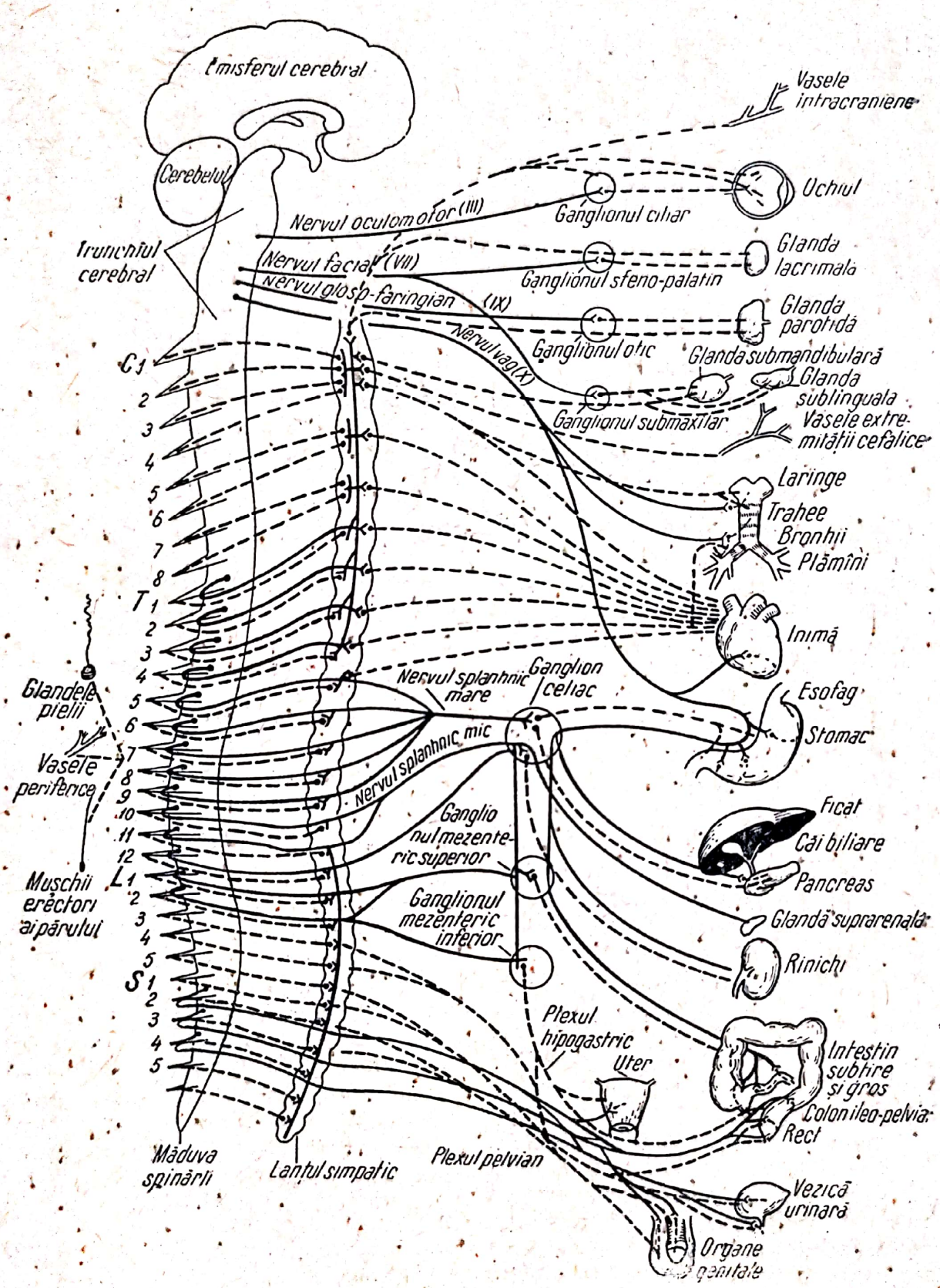


Fig. 11. — Căile prin care se realizează inervația vegetativă (simpatică și parasimpatică) a corpului omenesc.

fibre separate pentru sensibilitatea tactilă, termică, dureroasă sau de poziţie a diferitelor porţiuni ale corpului sau membrelor (aşa-numita sensibilitate profundă).

Fibrele motorii care transmit de la măduva spinării, trunchiul cerebral sau emisferele cerebrale diferite impulsuri către muşchi, glande şi organele interne.

Nervii periferici se pot împărţi în două grupe :

Nervii cranieini

Formează 12 perechi şi inervează în special zona capului, precum şi o serie de organe interne importante.

Nervii rahidieni

Asigură sensibilitatea şi mişcarea corpului şi a membrelor. Ca şi nervii cranieni, fiecare nerv al unei perechi inervează o zonă simetrică, de o parte şi de alta a corpului. Teritoriul corpului şi-l împart astfel :

— primele 8 perechi, pentru regiunea gîtului şi cea mai mare parte a membrului superior ;

— următoarele 12 perechi, pentru o parte din membrul superior, regiunea toracelui şi regiunea abdominală ;

— ultimele 12 perechi, pentru membrul inferior şi regiunea fesieră.

Simptomele mai importante în neurologie

Paralizia este imposibilitatea de a executa o mişcare în teritoriul unui muşchi, al unui segment al corpului etc. Deosebim două feluri de paralizii :

a) Paralizia dată de lezarea celulei nervoase motorii din măduva spinării. Este o paralizie limitată la teritoriul muscular pe care îl inervează etajul respectiv al măduvei.

b) Paralizia dată de lezarea fasciculului piramidal care îşi are originea în scoarţa cerebrală. Această paralizie prinde de obicei o jumătate de corp (hemiplegie), fiind suprimată numai mişcarea voluntară. Mişcările reflexe (care sînt comandate mai ales de măduva spinării), ca de exemplu retragerea involutară a unui picior (ciupit sau înţepat), nu sînt afectate.

Tulburările de sensibilitate sînt produse de inflamaţia sau lezarea traumatică a diferitelor formaţiuni (nervi, fascicule nervoase) care transmit sensibilitatea. Deci, orice leziune a acestor fibre, începînd de la piele pînă la scoarţa lobului parietal, pot duce la tulburări de sensibilitate ca :

Cefaleea, datorită fie iritării nervilor pielii capului, fie a meningelor sau vaselor creierului.

Nevralgia, durerea datorită lezării unui nerv periferic, limitată la teritoriul care corespunde nervului suferind.

Parestezia, o senzaţie anormală care nu corespunde cauzei care a produs-o (de exemplu, senzaţia de furnicături sau de arsuri în picioare în anumite boli ale nervilor — polinevrite — sau senzaţia de arsură de o anumită parte a corpului, pe care o simte bolnavul cînd este atins cu un obiect rece). Cînd se produce o întrerupere prin distrugerea fibrelor care transmit sensibilitatea apare o diminuare sau chiar o lipsă totală de sensibilitate pentru teritoriul corespunzător (hipoestezie, anestezie).

Sindromul extrapiramidal este produs de lezarea nucleilor lenticulari (formaţiuni cenuşii situate sub scoarţa emisferelor cerebrale), care controlează mişcările automate şi totodată şi tonusul muşchilor corespunzători. De aceea, tulburările în cadrul acestui sindrom se caracterizează prin apa-

Scanned with OKEN Scanner

riția de mișcări involuntare și modificarea tonusului muscular (scăderea tonusului – *hipotonie*; creșterea tonusului – *hipertonie*). Tipurile mai importante de mișcări involuntare care pot apărea în lezarea nucleilor lenticulari sînt :

— *mișcarea parkinsoniană*, mișcare ritmică care mimează număratul banilor ;

— *mișcarea coreică*, mișcare dezordonată ca în *coreea acută* (forma cerebrală a reumatismului Bouillaud-Sokolski) ;

— *mișcarea atetozică*, mișcare șerpuitoare, mai ales la mîini și la picioare (se observă în special la unii copii care au avut encefalită).

Tulburările de echilibru apar la leziunile formațiunilor sensibilității profunde. În membrele inferioare nu se poate face coordonarea armonioasă a mișcărilor în timpul stațiunii în picioare sau în timpul mersului. Bolnavul merge nesigur, cu picioarele depărtate și cade fie de o parte, fie de alta a corpului. În leziunile aparatului vestibular, bolnavul merge cu dificultate, cu picioarele depărtate, deviază în timpul mersului de partea aparatului vestibular lezat. Și în leziunile creierului mic, mersul este nesigur, oscilant, imitînd mersul omului beat (alcoolul afectează în special creierul mic).

Tulburările de vorbire se produc în două situații principale : 1) în paralizii ale nervilor motori care inervează musculatura ce participă la vorbire (de exemplu, perechile VII, IX, X, XI și XII de nervi cranieni) sau în leziuni ale cerebelului, în care caz apar tulburări în coordonarea mișcărilor necesare articulării cuvintelor ; 2) în leziuni ale scoarței cerebrale a emisferului stîng (emisferul major) pentru dreptaci (a emisferului drept pentru stîngaci). În acest emisfer este localizată funcția vorbirii. Pentru ca vorbirea să se poată învăța și exprima corect, omul are nevoie de cel puțin doi analizatori intacți în emisferul major ; cel auditiv (omul trebuie să audă cuvintele și să le înțeleagă) și cel vizual (să vadă cuvîntul scris și să-l înțeleagă). Copilul care se naște surdo-mut nu este mut prin paralizia mușchilor ce intervin în limbaj, ci pentru că s-a născut surd. Acest copil poate învăța să vorbească dacă educatorul va utiliza un alt analizator (de exemplu, surdo-mutul educat să imite sunetele percepute cu ajutorul mîinii sale așezate pe pieptul educatorului care vorbește, va reuși să vorbească normal). Dar noi, atunci

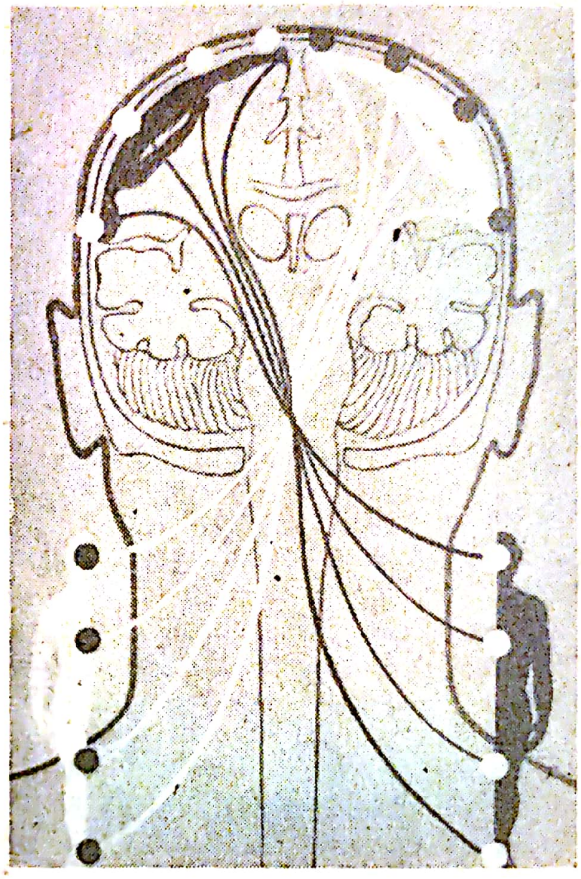


Fig. 12. — Majoritatea căilor nervoase care vin sau pleacă de la scoarță se încrucișează. De aceea leziunile produse de o parte a creierului se însoțesc de tulburări de partea cealaltă a corpului.

cînd vorbim nu sîntem atenţi la fiecare mişcare a gurii, mişcarea de vorbire se realizează automat îmbunătăţindu-se continuu, pe măsura întrebuinţării de noi cuvinte sau propoziţii. În bolile care lezează diferite zone ale emisferului major apar tulburări de limbaj de tip superior, cortical. Astfel, în lezarea lobului temporal sau parieto-occipital din emisferul major, deşi bolnavul nu are tulburări de auz sau de vedere, el este surd pentru cuvintele auzite şi orb pentru cuvintele scrise. Această tulburare poartă denumirea de afazie senzorială. În lezarea lobului frontal, deşi bolnavul înţelege limbajul vorbit sau scris şi nu are paralizat nici un muşchi care intervine în articularea cuvintelor, totuşi nu poate vorbi (cuvinte frecvent întrebuinţate, o poezie bine învăţată în copilărie, o expresie pe care o repeta frecvent înainte de îmbolnăvire nu pot fi exprimate corect de bolnav). Este ca şi cînd bolnavul ar fi uitat să mai vorbească (afazie motorie). Tulburările de limbaj sînt de obicei mixte, cu predominanţa unui tip de tulburare, în raport cu sediul leziunii care a determinat-o.

Bolile neurologice mai frecvente

Bolile vasculare ale creierului

Ramolismentul cerebral. Astuparea unei artere a creierului face ca zona irigată de acest vas să se mortifice (ramolisment). Cauzele sînt multiple : ateroscleroza vaselor cerebrale, hipertensiunea arterială, inflamaţia şi îngroşarea arterelor (produse de sifilis, alcool etc.), un cheag de sînge, o tumoare cerebrală care apasă o arteră a creierului etc. Frecvenţa cea mai mare se întîlneşte la oamenii în vîrstă cu tulburări vasculare. Substanţa nervoasă cerebrală fiind deosebit de sensibilă la lipsa de sînge, se mortifică foarte repede, în circa 5 minute. Deoarece ramolismentul cuprinde de obicei fasciculul piramidal din creier, se vor produce paralizii de o anumită parte a corpului (hemiplegie). Instalarea ramolismentului nu duce totdeauna la pierderea cunoştinţei, bolnavul asistînd — conştient — la instalarea paraliziei membrelor sale. Distrugerea de ţesut cerebral este ireversibilă. De aceea, tratamentul trebuie început cît mai repede, pentru a limita această distrugere. Ca principiu general, bolnavul trebuie să stea culcat, să nu fie deplasat. Dacă accidentul a survenit acasă este preferabil ca bolnavul să nu fie internat în spital (deplasarea agravează boala). Dacă accidentul s-a petrecut pe stradă este bine ca bolnavul să fie internat într-un serviciu de specialitate (neurologie). Tratamentul de urgenţă este simptomatic, el constînd din depletive (substanţe care diminuează infiltraţia cu lichid a creierului), vasodilatatoare, vitamine. Apoi, în raport cu cauza (afecţiune cardiacă, infecţie, tumoare, ateroscleroză cerebrală) se dau tratamentele corespunzătoare. Ceea ce este foarte important şi stă în putinţa familiei este prevenirea unor asemenea accidente care, de cele mai multe ori, transformă bolnavul într-un infirm. Pentru oamenii în vîrstă, în special, sînt necesare o alimentaţie uşoară, evitarea abuzurilor alimentare, evitarea emoţiilor, oboselii, tratarea corectă a bolilor cardio-vasculare.

Hemoragia cerebrală se datoreşte ruperii unui vas al creierului. Ea

Scanned with OKEN Scanner

poate fi dată de unii din factorii care produc și ramolismentul cerebral: hipertensiunea arterială, ateroscleroza cerebrală, inflamațiile vaselor sanguine cerebrale, tumorile cerebrale, dilatările anormale ale arterelor (anevrisme), traumatismele craniene etc. Hemoragia cerebrală este mai de temut decît ramolismentul. Ea apare brusc, cu o durere mare de cap și de multe ori bolnavul își pierde imediat cunoștința și intră în comă.

În acordarea îngrijirilor sînt de făcut aceleași recomandări ca și pentru ramolisment. Bolnavul să nu fie deplasat, să fie imobilizat la pat. Tratamentul se bazează numai pe prescripțiile medicului, care va stabili conduita după starea bolnavului, după evoluția bolii sale. Se dau medicamente care stimulează coagularea sîngelui, depletive pentru diminuarea edemului cerebral, antibiotice pentru prevenirea complicațiilor pulmonare sau de altă natură, alimentație hidrică (ceai, limonadă). Dacă bolnavul nu poate înghiți se fac perfuzii cu glucoză subcutanat sau intravenos. De asemenea se tratează cauza care a determinat hemoragia. Ca și ramolismentul, hemoragia cerebrală poate fi prevenită. În principiu, aceleași recomandări sînt valabile și aici: controlul tensiunii arteriale, consultarea medicului în cazul unor dureri de cap persistente, stabilirea unui regim alimentar echilibrat, tratarea oricărei boli generale care poate duce mai devreme sau mai tîrziu la o suferință a vaselor creierului.

Infecțiile sistemului nervos

Encefalitele sînt inflamații ale creierului provocate de diferiți microbi sau virusuri. Dintre encefalitele virale ne vom opri la:

Encefalita epidemică (encefalita letargică von Economo) se manifestă prin temperatură mare, somnolență accentuată, uneori cu insomnie în timpul nopții, de multe ori însoțită de o paralizie a mușchilor ochilor (dînd naștere la strabism și diplopie — vedere dublă). Produce lezări în diferite zone ale creierului, care se vindecă sau pot rămîne ca sechele ale bolii. De multe ori, boala este considerată ca o gripă și bolnavul aparent se face bine. După un timp, uneori chiar după mai mulți ani apare însă forma ei cronică, „parkinsonismul postencefalitic". În această perioadă, tratamentul nu poate face altceva decît să amelioreze suferința bolnavului: mișcările involuntare pe care le prezintă bolnavul, hipertonia mușchilor care duce la încetinirea tuturor mișcărilor. Boala este datorită unui virus care se dezvoltă în substanța cenușie a creierului și mai ales în formațiunile extrapiramidale.

Sifilisul nervos este urmarea cea mai de temut pentru bolnavii care n-au urmat corect tratamentul. Bolile sifilitice ale creierului pot fi datorite fie alterării pereților vaselor cerebrale, fie infectării directe a substanței nervoase. Prin alterarea vaselor cerebrale, sifilisul poate determina ramolismente și hemoragii cerebrale, paralizii ale nervilor cranieni și rahidieni, meningite, epilepsie. Două manifestări sînt datorite îndeosebi, infectării directe a substanței nervoase: tabesul și paralizia generală progresivă.

Tabesul se manifestă prin greutate în mers, dureri fulgurante în picioare, dureri gastrice, artrite deformante. Este o boală gravă, care dacă nu este tratată corect transformă bolnavul într-un infirm, o povară grea pentru familie.

Paralizia generală progresivă se datorește localizării sifilisului mai ales în scoarța cerebrală a lobilor frontali. De aceea, în această boală pre-

Scanned with OKEN Scanner

domină tulburări psihice, care pot merge pînă la nebunie și moarte.

Amîndouă bolile pot fi vindecate, dacă sînt tratate la timp. Tratamentul constă în injecții cu penicilină, bismut, mercur. Se utilizează de asemenea în unele cazuri medicamente care dau febră mare bolnavului. Metoda cea mai utilizată este inocularea agentului patogen al malariei. După cîteva crize de friguri se dau medicamente care vindecă malaria, apoi se continuă seriile de tratament cu penicilină și bismut.

Coreea acută este forma encefalitică a reumatismului Bouillaud-Sokolski întîlnită frecvent la copil și adolescent. La început, copilul pare neîndemînatic, neatent, datorită mișcărilor involuntare mici și dezordonate care mimează uneori mișcările de dans. Mișcările se pot accentua, făcînd copilul să se lovească, să cadă, uneori chiar să-și fractureze mîinile sau picioarele. Boala este vindecabilă. Tratamentul cu penicilină, piramidon, salicilat de sodiu, vitamine, corticosteroizi face ca, în decurs de cîteva săptămîni, să apară vindecarea. Dar o recidivă reumatismală poate să ducă și la o recidivă de coree acută. Pentru prevenirea bolii se indică tratarea focarelor de infecție (amigdaliene, dentare etc.), evitarea frigului, umezelii, răcelilor repetate.

Zona Zoster este o inflamație virotică a nervilor periferici, de obicei limitată la teritoriul unui singur nerv. Mai frecvent prinde nervii intercostali sau ramura superioară a trigemenului, care dă sensibilitatea ochiului și frunții. În teritoriul nervului respectiv, pielea devine foarte dureroasă, se înroșește, apar bășicuțe caracteristice, apoi cruste care se usucă și cad, pielea rămînînd un timp pigmentată mai intens. Boala nu este gravă. Rareori se complică printr-o infecție a creierului. Tratamentul constă în igiena pielii inflamate și pudrarea ei cu sulfamide. Cînd durerile sînt insuportabile se aplică roentgenterapia în doze antiinflamatoare, în teritoriul ganglionilor rahidieni corespunzători.

Turbarea (rabia) este o infecție foarte gravă, totdeauna mortală la apariția bolii declarate. Ea se datorește virusului transmis prin mușcătura animalelor turbate. De la locul mușcăturii, virusul ajunge la creier, unde se dezvoltă. Singurele măsuri cu adevărat eficace sînt cele de prevenire: stîrpirea cîinilor vagabonzi, vaccinarea cîinilor necesari, vaccinarea persoanelor mușcate de un animal turbat (vaccinarea se va începe imediat, la centrele antirabice). Vaccinarea imunizează pe cel mușcat înainte de apariția primelor semne de boală.

Leuconevraxitele (primitive și secundare) constituie un grup mare de boli ale sistemului nervos. Leziunile lasă după ele zone cicatriceale în substanța albă a creierului și măduvei spinării.

Dintre leuconevraxitele primitive o boală mai frecventă este *scleroza în plăci*. Cauza bolii nu este bine stabilită. Ea interesează în special oamenii adulți și se manifestă prin perioade de agravare și ameliorare. Bolnavul care suferă de această boală trebuie să respecte anumite condiții de viață: evitarea frigului și a umezelii, tratarea corectă și imediată a oricărei infecții (amigdalite, infecții dentare, gripă), suprimarea consumului de băuturi alcoolice, evitarea supărărilor, fiecare din acestea putînd declanșa un nou puseu (agravarea bolii).

Leuconevraxitele secundare pot apărea după boli eruptive (pojar, scarlatină, varicelă). Gravitatea lor ține de reactivitatea organismului. Dacă a trecut criza inițială a bolii,

Scanned with OKEN Scanner

bolnavul se vindecă complet sau rămîne cu un grad variabil de infirmitate (paralizii, tulburări de echilibru și tremurături ale membrelor sau capului, rareori și discrete tulburări psihice).

Meningitele sînt infecții localizate pe învelișurile creierului (meninge). Majoritatea microbilor pot să infecteze meningele : streptococul, stafilococul, pneumococul, bacilul tuberculozei, spirocheta sifilisului, precum și un număr mare de virusuri. Simptomele sînt alarmante : temperatură mare, frison, durere de cap, fotofobie (bolnavul nu poate suporta lumina) și înțepenirea cefei. Tratamentul este strict individualizat după microbul care a dat boala : sulfamide și antibiotice în cantități mari.

Encefalopatiile infantile sînt urmele lăsate de o boală a creierului copilului, încă din perioada embrionară, din timpul nașterii sau după naștere. Bolile din această perioadă sînt însoțite de tulburări ca : hemiplegii, paraplegii, tulburări extrapiramidale (mișcări involuntare), tulburări psihice (de la debilitate psihică pînă la demență), epilepsie. În perioada embrionară, sifilisul, alcoolismul părinților, rubeola mamei, anemia gravă și bolile cardiace grave ale mamei pot leza creierul fragil al copilului. În timpul nașterii dăunează prelungirea travaliului, care duce la scăderea irigației creierului copilului, nașterea cu forcepsul, circularele de cordon ombilical (cordonul ombilical se poate strînge în jurul gîtului fătului, la naștere tulburînd circulația sîngelui spre creier). În perioada postnatală, alimentația artificială neștiințifică și tulburările în nutriția copilului, meningitele și encefalitele microbiene sau virotice contractate de copil pot duce la leziuni ale creierului încă în formare. În general, encefalopatia infantilă este o stare cronică și ireversibilă. În unele cazuri, mijloacele de reeducare în școli speciale pot ajuta mult copilul în însușirea unor deprinderi necesare sau a unei meserii care să-l facă util societății. În alte cazuri (epilepsia), tratamentul poate face ca tulburările bolnavului să dispară sau să diminueze. Iată motive serioase ca persoanele care vor să dea naștere unui copil să se gîndească la răspunderea mare pe care o au : sifilisul să fie tratat la timp și înainte de conceperea copilului ; să nu se abuzeze de băuturi alcoolice mai ales în timpul concepției copilului ; mama să se ferească de boli în timpul sarcinii, să se hrănească substanțial și cît mai complet, să nu facă eforturi fizice sau intelectuale exagerate, să se controleze din timp la medic pentru a se descoperi vreo strîmtorare de bazin care va îngreuia nașterea ; nașterea să se facă numai în spitalele special amenajate, unde mama va învăța cum trebuie și cînd trebuie hrănit sugarul, va înțelege mai bine cît este de necesară curățenia perfectă a copilului (care va fi astfel ferit și de alte boli ce pot avea urmări grave mai devreme sau mai tîrziu).

Nevritele, polinevritele și **poliradiculonevritele** sînt boli datorite inflamației nervilor periferici. Cînd este afectat un singur nerv, boala poartă denumirea de nevrită. În polinevrite paralizează treptat (de obicei) și simetric mai întîi picioarele, apoi mîinile. Bolnavul are dureri, arsuri, furnicături în picioare și mîini, care treptat se atrofiază. Dacă nu se înlătură la timp cauza bolii, paralizia urcă progresiv, poate prinde mușchii respirației sau mușchii inervați de nervii cranieni din care cauză apar greutate în respirație, dificultate în alimentație și alte tulburări care pot pune chiar viața în primejdie. Polinevritele pot fi produse de multe

Scanned with OKEN Scanner

cauze, ca : sifilisul, tuberculoza, febra tifoidă, difteria sau utilizarea — în cantitate mare — a unor medicamente ca sulfamidele, hidrazida, bismutul (utilizat în tratamentul sifilisului), taliul (utilizat în pomezi — de unele femei — pentru înlăturarea părului de pe picioare), arsenicul, plumbul (la muncitorii din industria acumulatorilor și a vopselelor pe bază de plumb și care nu respectă normele de protecția muncii, alimentîndu-se la locul de muncă sau inhalînd pulberile cu aceste substanțe toxice). Alimentația săracă în vitamine, în special în vitamina B_1 (la popoarele a căror hrană de bază este orezul decorticat), duce la apariția polinevritelor. Alcoolul, sub orice formă consumat zilnic chiar în cantități mici (o stiolă de bere pe zi sau un păhărel de țuică la masă pentru a „stimula" pofta de mîncare), poate da polinevrite foarte grave. Boala este cu atît mai greu de vindecat cu cît descoperirea ei s-a făcut mai tîrziu. Tratată la timp, boala este vindecabilă. Lucrul cel mai important este tratarea cauzei : sifilisul, diabetul, febra tifoidă etc. Scoaterea bolnavului din mediul toxic și suprimarea tratamentului cu o serie de medicamente vor fi făcute la recomandarea medicului. Bolnavul nu mai trebuie să consume nici un fel de băutură alcoolică, alimentația să fie bogată în vitamine (fructe și zarzavaturi, carne, ouă, lactate). Tratamentul care se aplică stimulează regenerarea nervului lezat.

Bolile degenerative ale sistemului nervos

Miopatiile sînt boli degenerative cu localizare în mușchi care treptat se atrofiază și imobilizează bolnavul la pat. Atrofia începe de obicei de la mușchii spatelui și apoi prinde mușchii picioarelor și mîinilor. De multe ori, boala atinge mai mulți frați sau se găsesc cazuri asemănătoare în familie.

Miotonia este o boală care se manifestă prin efortul care îl face bolnavul să-și desfacă pumnul sau fălcile încleștate. După cîteva încercări, contractura cedează și mișcarea se execută relativ normal. În afară de această tulburare pot apărea atrofii sau hipertrofii globale ale mușchilor, căderea părului, atrofia testiculelor sau a ovarelor. Greutatea în decontractație s-ar datori unei produceri mai mari de acetilcolină, substanță care are rolul să declanșeze contracția musculară.

Miastenia se manifestă invers miotoniei. Este o oboseală musculară care se accentuează către seară. Dacă oboseala este localizată în mușchii respiratori, respirația este foarte dificilă ; dacă se localizează în mușchii deglutiției, bolnavul înghite greu sau se poate îneca cu mîncarea.

Scleroza laterală amiotrofică are ca substrat degenerarea celulelor motorii din coarnele anterioare ale măduvei și a fasciculului piramidal, apărînd progresiv paralizii globale ale membrelor sau ale organelor tributare nervilor cranieni.

Eredoataxiile sînt boli care duc la tulburări ale echilibrului, prin degenerarea fibrelor nervoase ale măduvei care conduc la creierul mic excitațiile de sensibilitate profundă din mușchi și oase și prin distrugerea progresivă a celulelor din creierul mic.

Boala Parkinson apare la oameni mai în vîrstă (50—60 de ani) manifestîndu-se prin tremurături la mîini și picioare și un mers mai rigid. Degenerarea predomină în celulele sistemului extrapiramidal din creier.

Coreea cronică începe de obicei, la vîrsta adultă, cu mișcări dezordonate ale membrelor corpului și mușchilor feței. Uneori, bolnavul dă impresia

Scanned with OKEN Scanner

că dansează, alteori mimează diferite stări emoţionale. Bolnavul are şi tulburări psihice care, cu trecerea timpului, se agravează, lucru ce se întîmplă şi cu mişcările involuntare.

Degenerescenţa hepato-lenticulară este o boală familială, unde de obicei coexistă o boală de ficat cronică şi tulburări neurologice, prin lezarea nucleilor extrapiramidali (mişcări involuntare la mîini şi faţă). Cauza principală constă dintr-un defect metabolic datorită căruia cuprul introdus prin alimentaţie nu este fixat şi circulă liber în organism, producînd leziuni mai ales în nucleii extrapiramidali, apoi în ficat şi rinichi.

Tratamentul bolilor degenerative trebuie să formeze o preocupare cu totul specială atunci cînd doi soţi doresc să aibă copii. Cînd în familia oricăruia din soţi există boli asemănătoare sau dacă unul din ei însişi este bolnav, sfatul medicului este foarte preţios. Medicul neurolog poate aprecia dacă există vreun risc pentru sănătatea viitorului copil, într-un caz sau în altul de boală degenerativă. Acest risc există mai ales la miopatici, dar şi în celelalte cazuri este posibilă transmiterea bolii ca atare. În ceea ce priveşte tratamentul bolii declarate, o dată cu aprofundarea studiilor de biochimie şi genetică, au apărut şi medicamente care ameliorează mult suferinţa acestor bolnavi. Deoarece tratamentul trebuie strict individualizat, numai medicul de specialitate poate stabili medicaţia şi regimul de viaţă.

Tumorile sistemului nervos

Tumorile cerebrale se pot dezvolta fie din însăşi substanţa nervoasă (diferite tipuri de glioame), fie din învelişurile creierului (meningioame), fie ca metastaze. Aceleaşi semne pot fi date şi de infecţii circumscrise în anumite zone ale creierului, ca : abcesele cerebrale (ca urmare a unei infecţii plecate de la ureche sau de la furunculele feţei), tuberculomul cerebral (infecţie plecată de obicei de la un focar tuberculos pulmonar) şi chistul hidatic. Deoarece se dezvoltă fie în interiorul craniului, fie în interiorul canalului vertebral, organe care nu se pot destinde, tumorile apasă şi lezează substanţa nervoasă. Pot apărea hemiplegii, paralizii ale nervilor cranieni, tulburări de vedere, epilepsie, însoţite de cefalee, vărsături şi tulburări psihice de diferite grade. Tulburările apar progresiv, pe măsură ce tumoarea se dezvoltă. Radiografia craniană poate să arate uneori locul unde se găseşte tumoarea prin apariţia de calcificări anormale (ca în tuberculoame, chisturi parazitare, meningioame), lărgirea suturilor oaselor craniene la copil, mărirea sau distrugerea şeii turceşti în tumori ale hipofizei. Uneori este nevoie de multiple analize de laborator, ca arteriografia vaselor creierului sau electroencefalograma, pentru a se preciza existenţa şi sediul tumorii. Rezultatul intervenţiei chirurgicale este cu atît mai bun, cu cît tumoarea s-a dezvoltat mai spre suprafaţa creierului şi cu cît este mai delimitată faţă de substanţa nervoasă din jur.

Epilepsia

Este o manifestare anormală a sistemului nervos central, caracterizată prin crize paroxistice de diferite feluri. Ea poate avea o cauză bine determinată (epilepsia simptomatică) sau să ţină de alterarea funcţiilor unor celule nervoase din creier. Se manifestă sub diferite forme :

Scanned with OKEN Scanner

— *Epilepsia generalizată* (criza majoră de epilepsie) începe de obicei printr-o anumită senzaţie care precede criza (aura), apoi brusc bolnavul îşi pierde cunoştinţa, cade şi tot corpul i se contractă, în timp ce faţa i se învineţeşte (faza tonică). După cîteva secunde, bolnavul începe să se zbată ritmic (circa 30 de secunde), îi apar spume la gură, îşi muşcă limba, pierde urina şi fecalele (faza clonică), apoi adoarme. La trezire nu-şi aminteşte nimic din toată această criză.

— *Epilepsia focală* este o formă de epilepsie care apare tot în crize. Durează cîte minute şi poate îmbrăca aspecte diferite : *crize motorii localizate* (mişcări involuntare într-un membru sau o jumătate a corpului) ; *crize senzitive* (amorţeli, furnicături, arsuri într-un membru sau pe o jumătate de corp) ; *crize senzoriale* (halucinaţii auditive sau vizuale).

— *Absenţele de tip epileptic* constau în pierderea cunoştinţei pentru cîteva (sau mai multe) secunde, fără ca bolnavul să cadă. La revenire, el îşi reia activitatea din stadiul unde a întrerupt-o.

— *Echivalenţele epileptice* sînt cele mai polimorfe crize. Pe un fond de diminuare mai mică sau mai mare a cunoştinţei pot apărea o serie de tulburări, ca : dromomanie (bolnavul face diferite drumuri, dar la trezire nu ştie ce s-a întîmplat cu el) ; senzaţii bruşte de frică sau de agitaţie psihică mare, fără motiv ; senzaţie bruscă de rătăcire.

Cauzele epilepsiei la copil sînt numeroase : sifilisul şi alcoolismul părinţiilor, bolile cardiace grave ale mamei (în timpul sarcinii duc la tulburarea oxigenării creierului copilului), rubeola mamei în timpul sarcinii etc. ; la adult, alcoolismul, sifilisul, traumatismele la cap, infecţiile diferite ale creierului şi meningelor, ateroscleroza cerebrală, tumorile creierului pot fi cauzele apariţiei epilepsiei. Uneori se observă o predispoziţie de a face epilepsie la cei care au în familie bolnavi epileptici.

Epilepsia este o boală gravă. Fiecare criză poate pune viaţa bolnavului în pericol, nu atît prin criza însăşi, ci prin accidentele care se pot produce : fracturi (mai ales ale craniului), înec (dacă criza a survenit cînd bolnavul se găseşte în apă, chiar în baie), arsuri grave (dacă se află lîngă foc). Crizele repetate produc leziuni, deşi foarte mici, însoţite de distrugeri de celule nervoase, care hice. Epilepsia este o boală în care, dacă bolnavul respectă cu strictete indicaţiile medicului el poate duce o viaţă normală, iar crizele pot fi înlăturate de multe ori pentru toată viaţa. Alcoolul, agravînd frecvenţa şi intensitatea crizelor de epilepsie, se interzice cu desăvîrşire. De asemenea, eforturile fizice şi psihice prea mari sînt contraindicate. Se va asigura timpul necesar de odihnă şi somn. Tratamentele sînt foarte numeroase, în raport cu particularităţile bolii. În principiu, medicamentul prescris va fi luat toată viaţa în ritmul recomandat (întreruperea bruscă a tratamentului poate declanşa noi crize de epilepsie). Uneori, insuflaţia de aer în spaţiul arahnoidian poate înlătura pentru mult timp crizele epileptice.

Comele

Comele sînt complicaţii grave ale multor boli. Se caracterizează prin pierderea cunoştinţei şi imobilizarea bolnavului. În această stare numai respiraţia şi circulaţia sanguină sînt păstrate mult tulburate şi ele. Cauzele mai importante ale comelor sînt : hemoragia cerebrală ; ramolismentul cerebral ; traumatismele

Scanned with OKEN Scanner

craniene mari; infecțiile generale (septicemiile); diabetul netratat (ca o complicație gravă a bolii); hipoglicemia (prin tumori ale pancreasului — așa-numitul adenom insular — sau după tratament exagerat cu insulină în diabet); epilepsia (după crizele majore); hipertensiunea (prin edem cerebral); insuficiența gravă hepatică; intoxicațiile medicamentoase cu somnifere, morfină, beladonă, stricnină; uremia (la bolnavii cu nefrită cronică gravă).

Coma necesită îngrijiri imediate și tratamentul bolii care a determinat-o. În asemenea cazuri va fi chemat de urgență medicul. Orice întîrziere comportă un risc.

Bolile psihice

În general, aceiași factori care pot produce o boală neurologică pot da naștere și la dereglări psihice. Astfel este cunoscut că alcoolismul părinților poate duce la apariția de tulburări psihice la copii. Dar, de multe ori, bolile psihice nu se însoțesc de leziuni manifeste; mecanismul acestora rezidă în substratul intim al proceselor nervoase. Cînd întreaga scoarță cerebrală prezintă o suferință difuză, ea se va reflecta în psihicul bolnavului care va fi alterat în toate compartimentele sale. Tulburarea poate merge de la o debilitate psihică de mică intensitate pînă la demență gravă.

Simptomele principale ale bolilor psihice

Iluziile. În anumite condiții, imaginația omului denaturează o realitate percepută cu ajutorul simțurilor. De exemplu, dacă la culcare ne-am aflat sub imperiul unei surescitări psihice și ne trezim brusc noaptea, în întuneric, este posibil ca siluetele obiectelor din cameră să fie deformate de imaginația noastră și să ne apară sub alte forme, înspăimîntătoare. Aceste stări nu au nimic anormal, deoarece omul are posibilitatea să și le explice. Dar atunci cînd lipsește capacitatea de a analiza aceste senzații, de a le compara cu realitatea, iluzia nu mai are un caracter normal. În acest caz vorbim de o boală psihică, deoarece iluzia este interpretată de bolnav ca o realitate. În această categorie se încadrează halucinațiile, delirul și instinctele patologice.

Halucinațiile. După cum am văzut mai înainte, diferitele excitații ajung la scoarță în anumite zone. O excitație luminoasă, de exemplu, este transformată în senzație luminoasă (imagine vizuală) în scoarța lobului occipital; excitația sonoră se transformă în senzație auditivă în scoarța lobului temporal; senzațiile de atingere, durere, arsură, își au centrii în scoarța lobului parietal. Iritația locală a unor zone din scoarță poate produce senzații false corespunzătoare centrilor respectivi și interpretate de bolnav ca reale, adică apariția unor halucinații. Bolnavul poate avea halucinații *vizuale* (asistă la desfășurarea unor imagini), *auditive* (aude voci, care îi spun să facă cutare lucru sau discută cu el), *senzitive* (este convins că pe corpul său alunecă șerpi), *gustative* sau *olfactive* (agreabile sau dezagreabile). Sub

Scanned with OKEN Scanner

efectul halucinațiilor, unii bolnavi se cred persecutați de vocile pe care le aud ; alții, dimpotrivă, se cred mari conducători de stat sau sfinți. Și astfel se dezvoltă o nouă tulburare psihică.

Delirul. Formele de delir sînt foarte variate. *În delirul de persecuție,* bolnavul și-a construit convingerea că este o capacitate, dar ceilalți oameni sînt răi și nu îi permit să se afirme. Uneori bolnavul va căuta să se răzbune, una dintre formele frecvente fiind și *delirul procesual.* În acest caz, orice cuvînt care i se spune este interpretat de bolnav ca o aluzie sau un atac împotriva sa. El îi dă în judecată pe cei care îl „atacă", pentru a-și apăra drepturile care „i se cuvin". În alte cazuri, bolnavul capătă convingeri și mai exagerate : el este un mare inventator sau chiar rege, împărat, dumnezeu ; în acest caz este vorba de *delirul de grandoare* sau de una din formele sale, *delirul mistic.* După conținutul ideilor de care este stăpînit mai pot fi menționate *delirul de gelozie* și *delirul erotic.*

Instinctele patologice. Anumite activități psihice elementare, necesare omului și animalului pentru a putea trăi și a se înmulți, poartă denumirea de *instincte.* La animale, ele sînt simple și cu acțiune imediată, ca : instinctele de alimentare, de orientare, de reproducere. În procesul educației, la om, instinctele își estompează caracterul lor elementar, devenind complexe, în raport și cu normele conviețuirii în societate. În anumite împrejurări, însă, se poate pierde ceea ce s-a cîștigat prin educație. În anumite tumori ale lobilor frontali ai creierului, de exemplu, bolnavul pierde multe din bunele deprinderi. El poate, să urineze sau să aibă scaun în mijlocul camerei, cu sau fără spectatori, fără să-și dea seama că face un lucru care contravine bunei cuviințe. Alteori, bolnavul poate mînca peste măsură (bulimie) sau, invers, refuză orice fel de mîncare. Tulburările acestea pot îmbrăca multe forme, după cum afectează un instinct sau altul. Astfel, în cazul instinctului de alimentare poate apărea *coprofagia* (bolnavul ingerează fecale, așa cum se întîmplă uneori la demenți). Tulburarea instinctelor de conservare poate duce la *automutilare.* În ceea ce privește instinctul sexual sînt citate tulburări ca *masturbația, homosexualitatea* și *bestialitatea* (practicarea actului sexual pe animale).

Bolile psihice mai importante

Schizofrenia

Conținutul bolii este exprimat în însăși denumirea ei : *schizos* = disociere, *frenos* = suflet. Aceasta s-ar traduce printr-o disociere între aspectul exteriorizat al unei stări sufletești și conținutul psihic real al acestei stări. În fond însă, atît forma cît și conținutul tulburărilor sînt alterate și treptat duc la degradarea psihică a bolnavului. Boala poate începe cu tulburări destul de necaracteristice : agitație și oboseală fizică și psihică, stări de teamă accentuate. Dacă discutăm cu bolnavul constatăm că el nu este coerent în gîndire, prezintă concluzii ireale și uneori absurde. Paralel cu alterarea din ce în ce mai mare a psihicului apare tendința la izolare, uneori gîndirea se învîrtește în jurul unor idei sărace

Scanned with OKEN Scanner

în conținut, vorbirea devine dezordonată, bolnavul rămînînd uneori în poziții incomode ceasuri de-a rîndul (stă într-un picior, ține o mînă ridicată, păstrează o atitudine fixă). Bolnavul nu este conștient de boala sa, pierde orice afectivitate pentru cei din jur (chiar pentru părinții, copiii sau frații săi).

Sindromul maniaco-depresiv (psihoza maniaco-depresivă)

Fiecare dintre noi avem momente cînd sîntem mai bine dispuși și momente cînd sîntem mai abătuți, fără un motiv aparent. De obicei, sîntem mai veseli, mai optimiști în zilele cu soare și mai posomorîți în zilele mohorîte, ploioase. Aceste stări țin de relațiile noastre cu mediul în care trăim. Cînd însă aceste reacții depășesc normalul și au caracter persistent, se intră în domeniul patologiei. Apare psihoza maniaco-depresivă, constînd în perioade de depresiune psihică accentuată (zile sau chiar luni), urmate de o perioadă de agitație psihică și fizică, cu senzație de fericire interioară mare. La unii bolnavi poate să apară evident doar una din stări — fie sindromul depresiv, fie cel maniacal —întretăiate de perioade de sănătate aparentă.

În *forma depresivă,* bolnavul se simte foarte nenorocit, refuză mîncarea, viața nu mai are nici un rost pentru el, se poate sinucide.

În *forma maniacală,* bolnavul este exagerat de fericit, toată fizionomia și comportamentul său exprimă mulțumirea, se împodobește exagerat, este agitat, se plimbă și gesticulează continuu, vorbește mult și repede.

Paranoia

Este o boală psihică, manifestată printr-un anumit tip de delir : delir de persecuție, delir de gelozie, delir mistic. Boala apare la vîrsta adultă, dar încă din copilărie se observă tendința de a sistematiza forma de delir care va apare mai tîrziu. Spre deosebire de ceea ce se întîmplă în schizofrenie, tema delirantă a unui paranoic pare logică la prima vedere. Chiar argumentele bolnavului se înlănțuiesc într-o anumită logică, însă deosebit de exagerată.

Parafrenia

Boala poate fi considerată ca o formă intermediară între schizofrenie și paranoie. Pe de o parte există o dezorganizare a gîndirii bolnavului, pe de altă parte, tendința de a-și lega gîndirile și faptele de o idee delirantă, care poate să se manifeste și în sfera senzorială (bolnavul prezintă halucinații în legătură cu delirul său).

Oligofrenia

Prin oligofrenie se definește o scădere globală a funcțiilor psihice. De obicei este întovărășită de un anumit grad de distrugere sau de volumul mai mic al creierului. Bolile părinților, ca alcoolismul, precum și encefalitele sau alte boli cu răsunet cerebral ale copiilor, pot duce la oligofrenie. Judecata, calculul, memoria sînt adînc tulburate. Educarea acestor copii este dificilă, uneori foarte puțin eficace. Bolnavii pot săvîrși fapte penale, ca furturi și atentate la bunele moravuri.

Demența senilă este o scădere globală a funcțiilor psihice la bătrîni.

Scanned with OKEN Scanner

Poate fi datorită unui proces de degenerare a celulelor scoarţei cerebrale sau sclerozării vaselor cerebrale, cu dezvoltarea de mici ramolismente, distribute difuz în creier.

Consideraţii asupra tratamentului bolilor psihice

Nu există o reţetă unică de tratament al bolilor psihice. În principiu, boala psihică se traduce prin stări de excitaţie psihică, prin persistenţa unor deliruri sau halucinaţii de un anumit tip sau invers. prin stări de depresiune. Scopul tratamentului este de a interveni în aceste stări fie prin medicamente care pun în repaus scoarţa cerebrală (barbiturice, bromuri, Plegomazin. Nozinan), fie prin psihoterapie (stimularea autocontrolului prin explicaţii logice şi perseverente care i se dau bolnavului). Uneori se asociază la aceste tratamente o activitate oarecare a bolnavului, în raport cu pregătirea lui, cu scopul de a i se reda încrederea în posibilităţile sale, de a i se crea convingerea că este util pentru sine, familie şi societate. Cînd tulburările psihice sînt datorite unor leziuni mai profunde ale creierului (encefalite, ramolismente difuze), tratamentul se reduce în mare măsură la reeducarea bolnavului atît cît îi permite capacitatea sa psihică.

Nevroza astenică

A fost trecută dinadins la urma capitolului bolilor psihice, deoarece locul său este intermediar. Astenia este în fond o epuizare a sistemului nervos central şi în special a scoarţei cerebrale, atunci cînd a fost supusă unor eforturi deosebit de mari şi complexe. De obicei, nevroza este declanşată mai ales de „factorii negativi" : supărări diverse, eşecul în anumite activităţi, precum şi efortul intelectual exagerat. Aşa se explică şi varietatea formelor sub care se poate manifesta o nevroză. Se obişnuieşte totuşi ca nevrozele să se împartă în trei mari categorii :

Nevroza astenică propriu-zisă. Aci tulburarea principală constă în oboseala rapidă, fizică şi intelectuală, la eforturi, însoţită de insomnie şi dureri de cap.

Nevroza isterică (sau isteria), în care manifestarea principală este exagerarea unei senzaţii anumite, care ulterior este considerată de bolnav drept reală. Formele sale de manifestare sînt foarte variate. Cîteva exemple : epilepsia isterică (bolnavul este convins că are epilepsie şi atunci mimează — aşa cum crede el — criza epileptică), paralizia isterică (bolnavul are convingerea că este paralizat). Aici, sugestia şi unele mijloace fizioterapice care să convingă „bolnavul" că nu este bolnav au un rol important.

Psihastenia este o formă de nevroză unde tulburarea principală este obsesia (sau fobia) faţă de anumite situaţii. Bolnavul poate fi obsedat — de exemplu — că are cancer sau sifilis, deşi consultă mulţi medici care infirmă aceste boli. Uneori bolnavul

Scanned with OKEN Scanner

îşi creează convingerea că este incapabil de o anumită activitate. Alteori, în urma unei perioade de insomnie, capătă convingerea că nu mai poate dormi. Se culcă, aşteaptă cu atenţia încordată să-i vină somnul, care bineînţeles în aceste condiţii va veni foarte greu.

Tratamentul nevrozelor este diferit de la un bolnav la altul. Uneori, odihna sau simpla schimbare a locului de muncă ajung pentru ca totul să reintre în normal. Alteori, somnifere uşoare sau sedative ale scoarţei cerebrale asigură repausul de care au nevoie celulele sistemului nervos. Tratamentele cu somn prelungit, insulină în cantităţi progresive, urmate de o activitate mai uşoară pe o anumită perioadă, aduc în alte cazuri vindecarea.

Scanned with OKEN Scanner

INSOMNIA

pretinde o conduită rațională

A înghiți la somnifere cu nemiluita este absurd și dăunător. Rațional este a proceda în felul următor :

1. A depista orice cauză a insomniei care nu are nici o legătură cu sănătatea. Înlăturînd-o, insomnia va dispărea și ea. Între altele, a căuta dacă nu cumva sînt de vină :

- Factorii de disconfort care deranjează somnul : lumină, zgomot, aer viciat, camera supraîncălzită, așternutul prea călduros, pijamau prea groasă.
- Masa de seară luată prea cu puțin timp înainte de culcare, prea copioasă, bogată în alimente greu de digerat.
- Factorii care creează și întrețin o stare de surescitare nervoasă : necazuri familiale, neînțelegeri cu vecinii, neplăceri legate de activitatea profesională, muncă intelectuală încordată pînă seara tîrziu.
- Abuzul de alcool, tutun, cafea și ceai.

2. Cînd nici unul din factorii de felul celor de mai sus nu este de vină, a căuta, bineînțeles cu ajutorul medicului, dacă insomnia nu se încadrează în tabloul unei boli ignorate. Descoperind și tratînd boala se va trata cu adevărat și insomnia.

3. Numai dacă mijloacele de felul celor menționate rămîn fără rezultat se va recurge la somnifere, cu prudență și, firește, după prescripția și sub controlul medicului.

DE REȚINUT

ABUZUL DE SOMNIFERE ESTE ADESEA ADEVĂRATUL ȘI SINGURUL VINOVAT ÎN INSOMNIE !

Scanned with OKEN Scanner

A CĂZUT UN OM PE STRADĂ
(CRIZA DE EPILEPSIE)

Ce nu trebuie :

► Îngrămădirea curioşilor în jur, fiecare dînd idei despre ceea ce ar fi necesar să se facă.

► Respiraţie artificială, stropirea cu apă rece, încercarea de a-i da bolnavului să bea, orice alte manevre inutile şi eventual dăunătoare.

Ce trebuie :

► Invitarea curioşilor să se risipească.

► Desfacerea bolnavului la gît şi la talie (cravata, gulerul, cureaua de la pantaloni).

► Introducerea între dinţi a unei batiste făcute sul, cu scopul de a preveni muşcarea limbii.

Criza de epilepsie nu poate fi influenţată.

În timpul crizei de epilepsie, cel mai bun ajutor dat bolnavului este de a-l lăsa în pace şi de a-l feri să se lovească.

Scanned with OKEN Scanner

4

Organele de simţ

- Ochiul şi vederea 48
- Urechea, auzul şi echilibrul . .. 54
- Nasul, sinusurile, mirosul 60
- Faringele 64
- Laringele şi corzile vocale . . . 65

Ochiul şi vederea

Ochiul este un analizator. Cu ajutorul lui organismul „analizează" mediul înconjurător. Analizatorul vizual este format din trei segmente : *segmentul periferic*, reprezentat de ochiul propriu-zis şi anexele lui, *segmentul intermediar*, reprezentat de fibrele nervoase ce conduc excitaţiile vizuale la creier, şi *segmentul cortical*, situat în regiunea occipitală a scoarţei creierului.

Globul ocular (ochiul) are forma unei sfere avînd aplicată în partea dinainte o altă porţiune de sferă cu rază mai mică reprezentată de corneea transparentă. Peretele globului ocular are trei tunici : 1) tunica externă, formată în cele 5/6 posterioare dintr-o membrană groasă, opacă, albă-sidefie numită *sclerotică*, iar în şesimea anterioară de o membrană subţire şi transparentă numită cornee ; 2) tunica mijlocie, împărţită în trei porţiuni care sînt dinapoi înainte : *coroida, corpul ciliar* (format din *muşchiul ciliar* cu rol în acomodarea vederii la distanţă şi *procesele ciliare* alcătuite din ghemuri vasculare cu rol în secreţia umoarei apoase) şi *irisul*, de forma unui diafragm de aparat de fotografiat situat înaintea cristalinului şi prezentînd un orificiu central numit *pupilă* pe unde razele luminoase pătrund în ochi ; 3) tunica internă numită *retină*, o membrană nervoasă formată din zece straturi de celule, celulele senzoriale sau receptorii vizuali (numite *conuri* şi *bastonaşe* după forma pe care o au) fiind situate în exterior.

Conţinutul globului ocular este format dintr-o serie de medii transparente şi anume : a) *umoarea apoasă ;* b) *cristalinul*, de forma unei lentile biconvexe, care îşi modifică curbura şi o dată cu aceasta şi puterea de refracţie ; c) *corpul vitros*, format

Scanned with OKEN Scanner

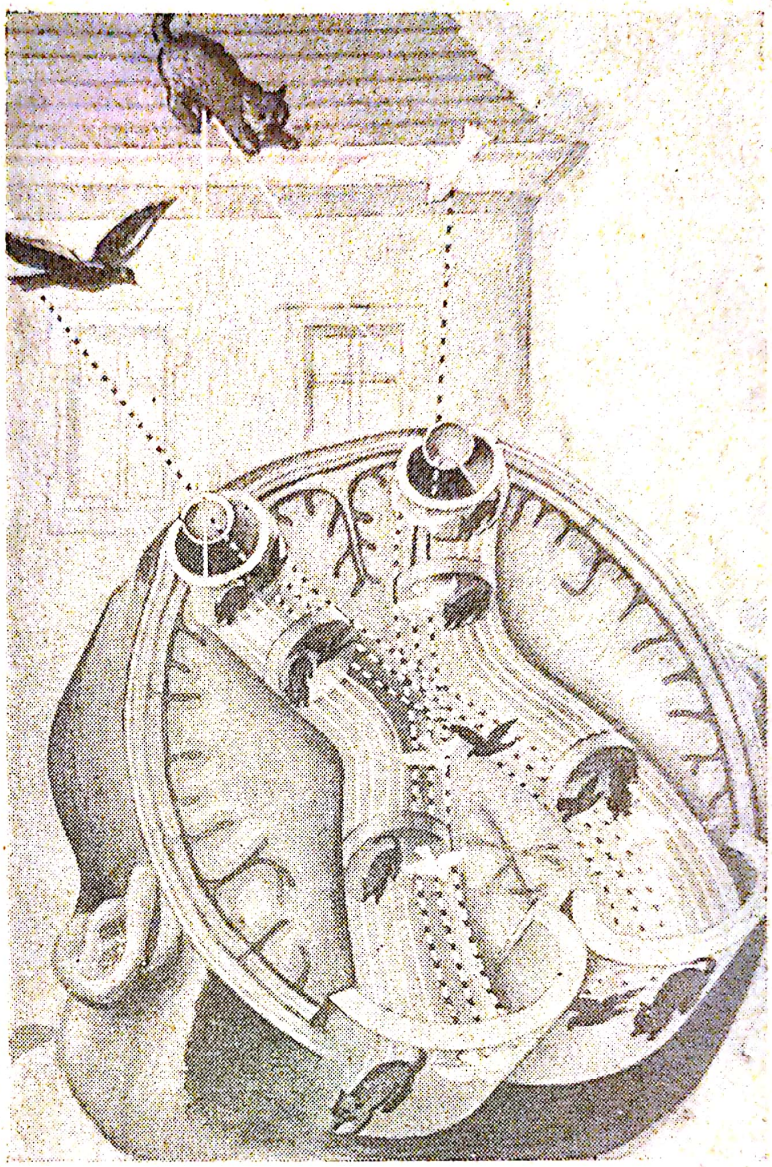


Fig. 13. — Analizorul vizual. Globii oculari, căile nervoase (care se încrucișează) și zona de pe scoarța creierului afectată vederii (zona occipitală).

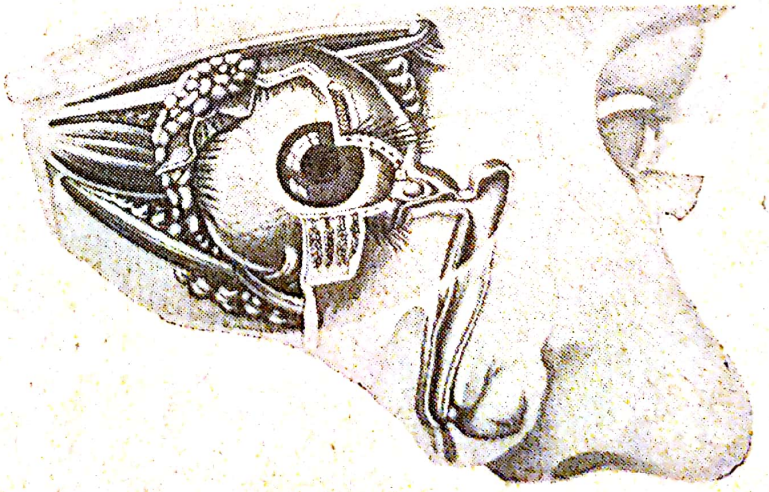


Fig. 14. — Aparatul lacrimal.

Scanned with OKEN Scanner

dintr-o masă gelatinoasă situată între cristalin și retină. Lichidele din interiorul globului ocular exercită o presiune asupra pereților săi numită *tensiune intraoculară* care în mod normal este cuprinsă între 20 și 22 mm Hg. Creșterea tensiunii intraoculare, datorită unor cauze diverse, determină tulburări în circulația vaselor din capilarele ce irigă retina, ducînd la alterări ale acesteia și concomitent la scăderea vederii (cazul bolii numită glaucom).

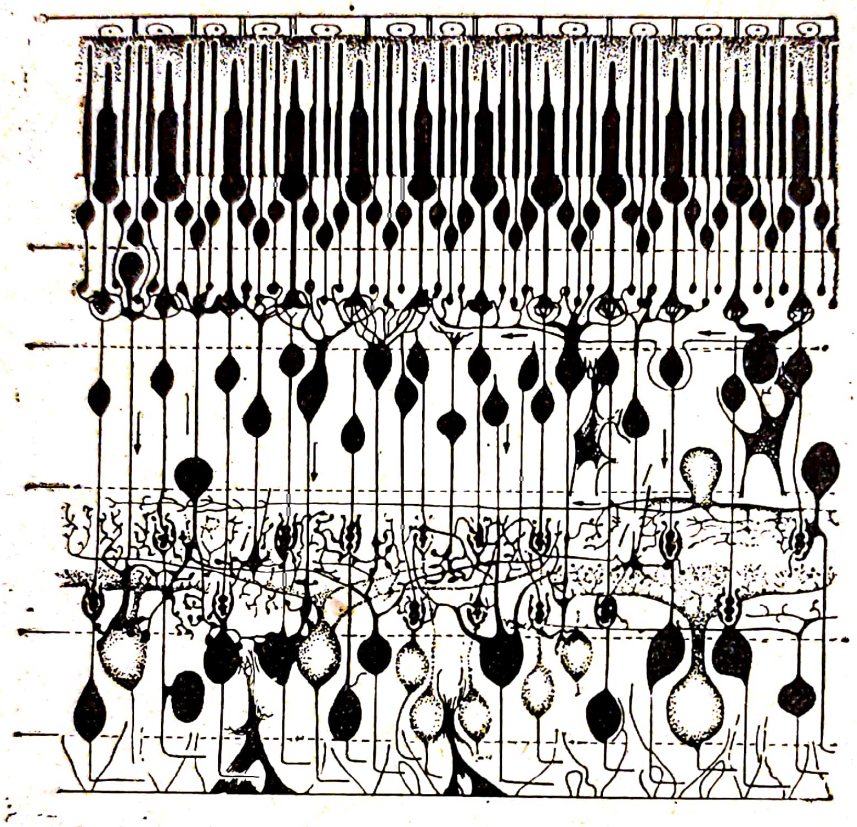


Fig. 15. — Diagrama celulelor nervoase din retină.

Fiziologia organului vederii. Energia luminoasă este stimulul specific al receptorilor vizuali din retină. La nivelul celulelor din retină a fost descrisă o substanță avînd în structura ei vitamina A. Lipsa vitaminei A din alimentație duce la scăderea vederii. Capacitatea cristalinului de a-și modifica curbura pentru ca obiectele, oricare ar fi distanța între ele și globul ocular, să fie văzute clar, se numește acomodare la distanță. Tulburările acomodării la distanță se pot produce în plus sau în minus, după cum urmează :

Miopia este un viciu de refracție caracterizat prin aceea că razele luminoase paralele ce vin de la infinit (practic de la 5 m) se reunesc într-un focar situat înaintea retinei. Boala se poate produce : a) prin creșterea puterii de refracție a ochiului ; b) prin alungirea în sens antero-posterior a globului, rareori din naștere, de obicei ca urmare a eforturilor vizuale făcute la privitul de aproape, în special scrisul și cititul la vîrsta școlară. Bolnavul nu vede bine la distanță, de aceea el apropie obiectele de ochi. Mama observă

Scanned with OKEN Scanner

cum copilul apropie mult obiectele (jucăriile) pe care le privește. Pentru a vedea mai bine strînge pleoapele și astfel determină pătrunderea razelor luminoase mai aproape de centrul corneei. Datorită eforturilor de a privi aproape se produce o slăbire a musculaturii oculare și consecutiv acesteia globii oculari fug în afară (strabism divergent) sau un ochi privește obiectul iar celălalt fuge în afară, ceea ce duce la apariția vederii duble (diplopia). Corecția miopiei se face cu lentile divergente (—), prescriindu-se pentru departe cea mai slabă lentilă cu care ochiul vede normal (corecția totală recomandată la tineri și copii).

Profilaxia miopiei este un lucru foarte folositor pe care-l pot face părinții. Ea trebuie începută din fragedă copilărie, pe de o parte prin măsuri educative ce urmăresc să obișnuiască copiii să privească obiectele de la o anumită distanță și pe de altă parte prin corectarea imediată a miopiilor deja constituite, împiedicînd astfel progresarea lor și apariția leziunilor oculare ireversibile. La vîrsta școlară se va asigura lumina adecvată pentru citit (de preferat lumina de zi), masa de lucru va fi corespunzătoare taliei elevului astfel încît el să nu stea cu „nasul în carte", se va corecta miopia depistată iar în caz de progresiune rapidă se interzice cititul și lucrul de aproape. Nu se recomandă începerea școlii mai devreme de 7 ani.

Hipermetropia este un viciu de refracție caracterizat prin aceea că razele paralele venite de la infinit (practic de la 5 m) se reunesc într-un focar situat înapoia retinei. Fenomenul poate fi cauzat de : a) o diminuare a puterii de refracție a ochiului (așa cum se întîmplă după extirparea cristalinului în boala numită cataractă) ; b) prin micșorarea diametrului anteroposterior al ochiului (hipermetropie axială). Copilul care la naștere are un glob mic este hipermetrop. Nedezvoltarea globului ocular cu vîrsta duce la permanentizarea hipermetropiei. Datorită efortului de acomodare, hipermetropul

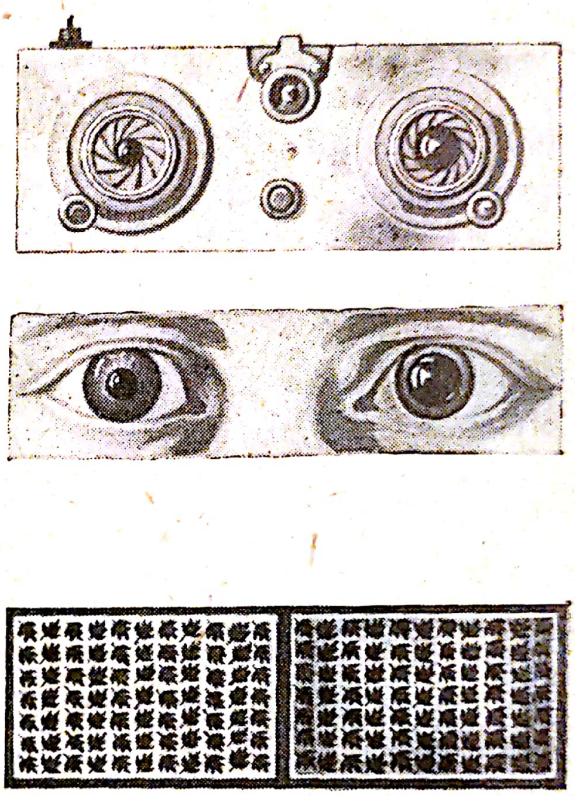


Fig. 16. — Acomodarea ochiului la distanță : pupila își schimbă dimensiunile ca și diafragma aparatului fotografic.

prezintă, la lucrul de aproape și la citit, dureri de cap, tulburarea vederii cu dispariția literelor, înroșirea ochilor. La copii, datorită efortului prelungit de acomodare apare devierea spre rădăcina nasului a unuia din globii oculari (strabismul convergent). Corecția hipermetropiei se face cu lentile convergente, ferind pe bolnav de oboseala acomodării și strabism.

Astigmatismul este un viciu de refracție în care razele luminoase venite paralel nu se reunesc nicio-

dată într-un focar unic. Datorită refracției diferite a razelor în diversele meridiane ale ochiului (caracteristică astigmatismului) imaginile apar deformate, bolnavul confundînd obiectele și plîngîndu-se de faptul că nu vede bine nici la distanță și nici aproape. Cînd privește un obiect, pentru a-l vedea mai bine, bolnavul își rotește capul în atitudini nefirești (întors pe o parte etc.) căutînd în felul acesta să privească

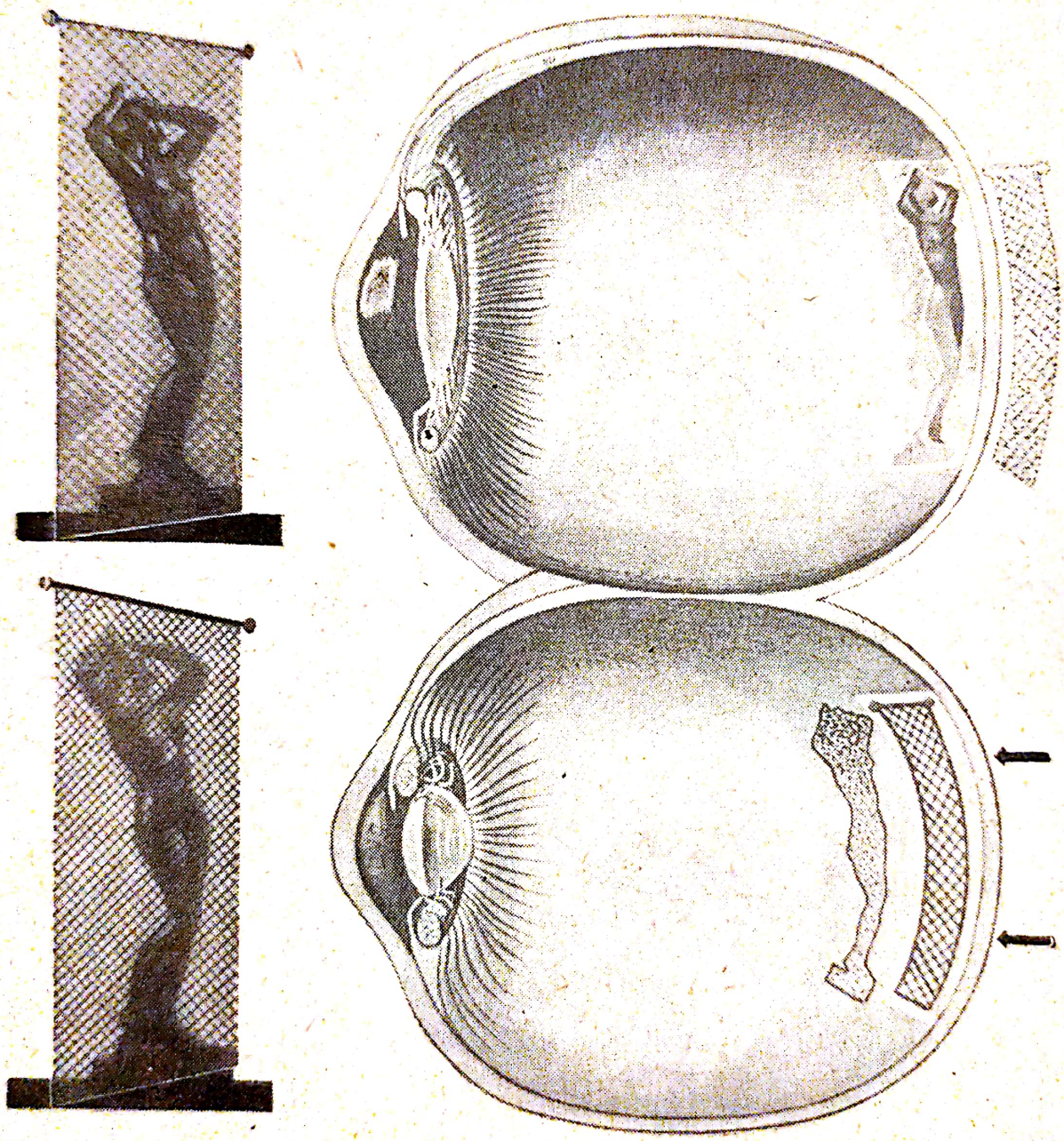


Fig. 17. — Acomodarea ochiului pentru vederea succesivă, cu claritate, a două obiecte așezate la distanțe diferite. *Sus*, se formează pe retină imaginea statuetei. Jos, apare pe retină imaginea paravanului. După cum se vede, în mecanismul acomodării intervine și cristalinul, care acționează ca o lentilă.

Scanned with OKEN Scanner

prin meridianul cel mai bun. El vede deformat, confundă literele, privind mai mult timp (făcînd un efort vizual) obosește, deoarece își forțează acomodația. Corecția astigmatismului se face cu lentile speciale.

Presbiția este o stare fiziologică instalată cu vîrsta (după 40—45 de ani), manifestată prin diminuarea progresivă a amplitudinii acomodative avînd ca substrat pierderea elasticității cristalinului. Practic, omul cu vederea normală începe să acuze diminuarea vederii pentru aproape. S-a constatat că datorită procesului de scleroză și densificare fiziologică a cristalinului ce survine cu vîrsta, acesta își diminuează elasticitatea și implicit acomodația. Astfel dacă la 10 ani omul are o amplitudine acomodativă de 14 dioptrii, ea scade progresiv la 20 de ani = 10 D, la 30 de ani = 7,5 D, la 40 de ani = 4,5 D, la 50 de ani = 2,5 D, la 60 de ani 1 D, iar la 70 de ani amplitudinea acomodației ajunge să fie zero. Întrucît pentru a citi la distanța de 33 cm omul are nevoie de o amplitudine acomodativă de 3 D, la 50 de ani această amplitudine este de 2,5 D, el trebuie să recurgă la o lentilă convergentă (+) care să-i suplinească lipsa acomodației. Cu cît omul înaintează în vîrstă, corecția cu lentilele trebuie să fie mai mare.

Conjunctivitele sînt boli oculare foarte frecvente (în special la copii), caracterizate printr-o inflamație a mucoasei conjunctivale. Aceste boli sînt produse de microbi obișnuiți sau de microbi ce îmbolnăvesc cu precădere conjunctiva. Fumul, praful, corpii străini conjunctivali, gazele toxice sînt considerați ca factori favorizanți importanți în producerea conjunctivitelor. Bolnavul se plînge de usturimi, senzație de arsură oculară și de „nisip în ochi", mîncărimi, înțepături. La examenul ochiului constatăm congestia de diferite grade a conjunctivei, care respectă zona din jurul corneei. În plus se constată prezența secreției conjunctivale care poate fi variabilă ca aspect (mucoasă, mucopurulentă, purulentă, fibrinoasă cu false membrane) în funcție de felul microbului și gravitatea bolii. După aspectul clinic conjunctivitele pot fi catarale, purulente, pseudomembranoase, nodulare și eruptive. Tratamentul local al conjunctivitelor constă în instilarea în ochi a diferite medicamente sub formă de picături (protargol 1%, sulfatiazol 5—10% sau antibiotice în unele forme de conjunctivite). Aplicarea picăturilor în ochi se face cu o pipetă de sticlă pe care o sterilizăm fierbînd-o în apă 30 de minute, învelită în tifon. Persoana care aplică picăturile se va spăla pe mîini cu apă și săpun înainte de fiecare ședință. La copil picăturile le va aplica mama, copilul acceptînd mai ușor manevra din partea unei persoane în care are încredere. Bolnavul va da capul pe spate iar cel ce aplică picăturile va îndepărta cu degetul mare și arătătorul de la mîna stîngă pleoapele, iar cu piepta ținută vertical în mîna dreaptă va picura 3—4 picături de medicament pe conjunctivă, avînd grijă să nu le toarne peste cornee (în special unele medicamente cum este nitratul de argint). Lacrimile amestecate cu medicamentul care se scurg pe obraz se adună într-un tampon de vată curat ținut în unghiul intern al ochiului. În conjunctivitele grave (cum este cea gonococică) se recurge și la tratament cu antibiotice pe cale generală. În conjunctivitele alergice se administrează în plus cortizon local și general. În conjunctivitele cu secreții abundente se recomandă efectuarea de spălături conjunctivale cu acid boric 4% sau alte antiseptice slabe.

Scanned with OKEN Scanner

Se procedează astfel : bolnavul ține capul pe spate iar cel ce face spălătura (spălat pe mînă cu apă și săpun și apoi cu alcool) desface pleoapele și stoarce deasupra ochiului tamponul de vată muiat în soluția cu care se face spălătura. Ce nu trebuie să se facă într-o conjunctivită : să nu se lege ochiul, pentru că pansamentul duce la stagnarea secreției și la îmbolnăvirea corneei, complicație gravă care poate duce la pierderea vederii. Profilaxia conjunctivitelor constă în aplicarea cu stricteță a regulilor de igienă individuală. La bolnav sînt necesare măsuri speciale pentru ca secreția de la ochiul bolnav să nu ajungă la ochiul sănătos și la alte persoane din jur. Pentru aceasta bolnavul se va spăla pe mîini de mai multe ori pe zi, va avea prosop, pernă și batistă strict individuale.

Keratitele sînt inflamațiile corneei. Ele sînt cauzate de microbi și virusuri (virusul herpetic, virusul zosterian etc.). Pătrunderea microbilor în cornee se face în urma unui traumatism (uneori minim) ; alteori leziunea corneeană este secundară unei conjuctivite (de exemplu în cursul conjuctivitei blenoragice). În keratitele superficiale, bolnavul are dureri oculare intense, lăcrimare abundentă și dureri la lumină (fotofobie) care-l determină să țină pleoapele strînse puternic. El are scăderea vederii (semn foarte important). În keratitele profunde (cum este keratita sifilitică, considerată ca o manifestare a sifilisului congenital) bolnavul, de obicei adolescent, se plînge de lăcrimare, fotofobie, scăderea vederii. Tratamentul este exclusiv de competența medicului oftalmolog.

Iridociclitele sînt bolile inflamatoare ale irisului și corpului ciliar. Datorită legăturilor de continuitate dintre iris și corpul ciliar, inflamațiile lor nu sînt niciodată izolate (irită și respectiv ciclită izolată) ; totdeauna ele sînt concomitente una din leziuni fiind predominantă. Cauzele bolii sînt reprezentate de infecții generale ale organismului (tuberculoză, sifilis, infecția reumatică, diverse septicemii, infecția gonococică) precum și de focare infecțioase localizate la dinți, amigdale, prostată. Unele iridociclite sînt produse de keratitele supurative în cursul cărora toxinele microbiene traversează corneea și atacă irisul, sau corneea este perforată și microbii atacă direct irisul și corpul ciliar.

Tratamentul este în primul rînd cauzal : înlăturarea focarelor de infecție (dentare, amigdaliene etc.), tratamentul infecției generale (tuberculoză sifilis).

Urechea, auzul și echilibrul

Urechea este formată din trei segmente : urechea externă, urechea medie și urechea internă. Urechea externă este alcătuită din pavilionul auricular și conductul auditiv extern. Urechea medie este formată dintr-o cavitate numită casa timpanului, limitată spre exterior de membrana timpanului și care comunică înapoi cu sistemul de cavități aeriene mastoidiene (celulele mastoidiene), iar înainte cu rinofaringele prin intermediul trompei Eustachio. Urechea medie conține lanțul oscioarelor auditive (ciocanul, nicovala și scărița) articulate între ele. Urechea internă (labirintul) este formată dintr-o serie de cavități săpate în stînca osului temporal (labirintul osos) ce conține în interior labirintul membranos plin cu un lichid denumit endolimfă. Partea anterioară a labirintului este formată

Scanned with OKEN Scanner

din melc iar cea posterioară din trei canale semicirculare. Pe peretele exextern al labirintului osos se găsește *fereastra ovală*, acoperită de talpa scăriței, și *fereastra* rotundă, acoperită de o membrană rezistentă, ambele cu rol important în funcția auditivă.

Funcția auzului permite perceperea vibrațiilor sonore. Vibrația sonoră determină vibrația timpanului ce se transmite prin lanțul oscioarelor auditive determinînd vibrația simultană a lichidului endolimfatic, datorită înfundării ritmice a scăriței în fereastra ovală căreia îi corespunde o mișcare în afară (o bombare) a ferestrei rotunde. La nivelul melcului se găsesc celulele senzoriale auditive care transformă energia sonoră în impulsuri nervoase ce sînt conduse pe căile nervoase auditive la scoarța cerebrală (lobul temporal), unde are loc formarea senzației auditive. Labirintul posterior participă la menținerea echilibrului.

Corpii străini auriculari. Cei animați (insecte) produc simptome uneori alarmante : dureri violente, ameți, zgomote (datorite deplasării insectei pe suprafața timpanului) și uneori tulburări reflexe grave (convulsii sau chiar sincope). Dopul de ceară este format din acumularea secreției în exces a glandelor cerumeniene ale conductului auditiv extern. El se manifestă prin ușoară scădere a auzului, senzație de ureche înfundată (bolnavul își aude vocea în ureche), zgomote auriculare, simptome apărute de obicei după o baie. Apa pătrunzînd în ureche determină umflarea dopului care astupă conductul. Corpii străini neanimați sînt întîlniți mai frecvent la copii care în joacă își introduc în ureche diverse obiecte. Extragerea corpilor străini se face numai de medic, cu ajutorul spălăturii sau al altor metode care se aplică de la caz la caz. Dopul de ceară se înmoaie prin instilarea în ureche de cîteva ori pe zi, timp de 1—2 zile, de apă oxigenată, glicerină boraxată sau soluția compusă din carbonat de sodiu 0,5 g, glicerină și apă cîte 10 ml. După înmuiere, dopul se scoate foarte ușor prin spă-

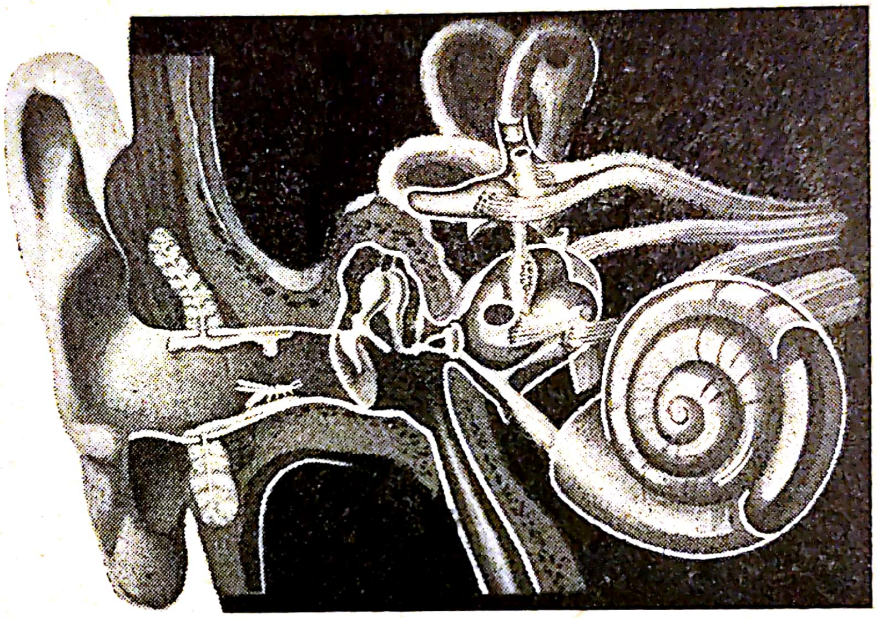


Fig. 18. — Urechea.

Scanned with OKEN Scanner

lătură cu apă la 37 de grade introdusă cu para de cauciuc. Insectele sînt întîi omorîte prin picurarea în ureche de ulei călduț.

Otitele externe sînt inflamații ale pielii conductului auditiv extern provocate de obicei de scurgerile auriculare întîlnite în otitele medii supurate cronice, de iritațiile produse prin scărpinatul în ureche cu diverse obiecte (băț de chibrit, scobitori, ace de cap, agrafe etc.), de persistența unor corpi străini auriculari sau de pătrunderea de substanțe iritante în conduct. Se manifestă prin mîncărime intensă în ureche, senzații de căldură și tensiune locală urmate curînd de dureri vii, accentuate de mișcările de mestecat. Deseori se inflamează și ganglionii din jurul urechii care sînt dureroși și pot supura. Tratamentul constă la început în aplicarea locală de pansamente umede cu soluție Alibour 1% ; mici bucăți de tifon sau finet curate, călcate cu fierul încins, se înmoaie în soluție, se storc și se aplică de preferat de o altă persoană, spălată pe mîini cu apă și săpun, sub controlul vederii. Compresele se lasă în conduct timp de 1—2 ore. Se mai aplică alifie cu oxid galben de mercur 10% sau alifii cu antibiotice ; pe un băț de chibrit se înfășoară puțină vată curată, se înmoaie în alifie și se ung pereții conductului. Dacă se scurge puroi se fac băi auriculare cu acid boric 4% (pacientul se culcă cu urechea bolnavă în sus ; i se toarnă soluția de medicament pînă se umple conductul ; după cîteva minute se aplică o bucată de vată pe ureche, bolnavul culcîndu-se pe ea ; manevra se repetă de cîteva ori pe zi). De asemenea se fac aplicații de antibiotice, nitratări etc. și tratament general (antibiotice — eventual după antibiograma microbului din secreție), tonice, vitamine. Prevenirea otitelor externe se face păstrînd o igienă riguroasă a urechii. Urechea se curăță cu un tampon de vată muiat în alcool, montat pe un băț de chibrit și cu care se șterge cu blîndețe conductul pînă la jumătatea sa. Se evită curățirea urechii cu diferite obiecte și se supraveghează copiii pentru a nu-și introduce în ureche diverse obiecte ce pot produce o otită externă.

Otitele medii acute sînt inflamații acute ale casei timpanului, determinate de obicei de infecții de vecinătate, de regulă din nas și gît. Prezența vegetațiilor adenoide, a deviației septului nazal, a unei corzi de cornet hipertrofiate favorizează producerea otitei. În otitele acute ușoare, catarale, bolnavul se plînge de scăderea auzului, senzația de ureche înfundată (își aude vocea în ureche), zgomote auriculare sub formă de vîjîieturi, ușoare dureri auriculare, fenomene apărute de obicei cu ocazia unui guturai. Boala evoluează de obicei spre vindecare. Dacă persistă factorii cauzali și nu se instituie tratamentul adecvat, catarul se poate transforma într-o otită supurată. Repetarea fenomenelor inflamatoare poate duce la surditatea cronică prin scleroză. Tratamentul acestei boli constă în combaterea infecției din nas și din gît prin instilații nazale de 3—4 ori pe zi cîte 5—6 picături, cu substanțe antiseptice și vasoconstrictoare (Rinofug, ser fiziologic efedrinat 2% sau ser fiziologic cu sulfatiazol). În ureche se vor instila picături calde de Boramid. Bolnavul este culcat cu urechea bolnavă în sus ; i se picură în ureche 10—12 picături din soluția de medicament încălzită (fie că se introduce flaconul în apă caldă și se încearcă temperatura picurînd 1—2 picături pe dosul mîinii, fie că se încălzește o linguriță în care se toarnă medicamentul și din ea în ureche).

Cînd se produce puroi (otită medie supurată), bolnavul se plînge de du-

Scanned with OKEN Scanner

reri violente cu caracter pulsatil în urechea bolnavă, cu iradieri în ceafă, creştetul capului şi dinţi, are temperatură mare pînă la 39—40°, auzul scăzut, vîjîituri, ameţeli, insomnie, stare generală proastă, lipsa poftei de mîncare. Apăsarea cu degetul înapoia urechii bolnave provoacă dureri. După cîteva zile (în formele cu evoluţie rapidă, după cîteva ore) timpanul se perforează şi puroiul adunat în casa timpanului se evacuează murdărind perna bolnavului. În acest moment bolnavul simte o uşurare, durerea scade, febra descreşte. În caz de evoluţie favorabilă, după 2—3 săptămîni, secreţia diminuează pînă la dispariţie, perforaţia se închide şi auzul revine treptat la normal. Alteori, datorită neglijării tratamentului, terenului slăbit (bătrîn sau sugar, bolnav de sifilis, tuberculoză, diabet, boli de ficat şi rinichi etc.), virulenţei deosebite a microbilor, boala se poate croniciza sau se poate complica. Complicaţiile pot fi propagarea infecţiei la mastoidă (mastoidita acută), la labirint (labirintită), la venele mari din craniu (complicaţie însoţită de septicemie), la meninge (meningită), la creierul mare şi creierul mic. Nervul facial poate fi lezat, apărînd paraliza facială. Tratamentul general cuprinde repausul în casă şi administrarea de antibiotice, sedative, tonice generale (vitamine, calciu etc.). Tratamentul local, în prima fază (înainte de perforarea timpanului) constă în administrarea de medicamente pentru calmarea durerii şi resorbţia secreţiei din casa timpanului. Se instilează în ureche de 3 ori pe zi cîte 10 picături de Boramid. Contra durerii se aplică pe ureche comprese umede calde sau mai bine săculeţe cu mălai, nisip sau sare caldă. Cînd este posibil se aplică razele ultrascurte, infraroşii, lampa solux sau razele X în doze antiinflamatoare. Se face dezinfecţia nasului şi gîtului cu Rinofung, Fedrocaină, Mentorin, ser fiziologic cu sulfatiazol sau soluţie de efedrină 2%. Dacă suferinţa bolnavului se accentuează se face de către medicul specialist o incizie a timpanului, golindu-se puroiul din căsuţă. După perforarea timpanului (spontan sau chirurgical) se fac băi auriculare cu ser fiziologic steril ori cu apă oxigenată sau se utilizează soluţia borat de sodiu 2,5 g, ser fiziologic şi apă oxigenată cîte 15 ml din care se picură cîte 8—10 picături, de 4—5 ori pe zi în urechea bolnavă. Prevenirea otitelor acute se face prin înlăturarea tuturor cauzelor care împiedică o bună respiraţie nazală (îndepărtarea vegetaţiilor adenoide, extirparea cornetelor hipertrofiate, corectarea deviaţiilor septului nazal), înlăturarea focarelor infecţioase de vecinătate (amigdaliene, sinuzale), tratarea corectă a tuturor infecţiilor acute ale nasului şi gîtului.

Otita medie supurată cronică, rezultată din cronicizarea unei otite medii acute, poate îmbrăca o formă simplă, uşoară sau forma obişnuită cu o evoluţie mai serioasă.

Forma simplă a bolii se manifestă printr-o scurgere gălbuie, nemirositoare, formînd uneori coji în conduct şi producînd scăderea auzului. Cu ocazia unui guturai sau a unei băi la ştrand, bolnavul simte în plus uşoare dureri în ureche şi jumătatea respectivă de cap. Boala evoluează timp îndelungat, chiar toată viaţa şi nu dă alte complicaţii afară de infecţii ale pielii conductului auditiv extern şi scăderea auzului. Tratamentul constă în spălături zilnice (cînd secreţia este mai abundentă, de cîteva ori pe zi) cu apă oxigenată, soluţie Alibour sau rivanol 1‰. Cel mai utilizat medicament este alcoolul boricat 4% din care se picură în ureche cîte 8—10 picături, de 3 ori pe zi, bolnavul stînd de fiecare dată cu urechea în sus timp

Scanned with OKEN Scanner

de 10 minute. Se mai folosesc pulverizările cu pulbere de acid boric steril simplu sau iodat (1—2%) sau cu antibiotice (eventual după ce se stabilește sensibilitatea microbilor din secreție prin antibiogramă). Pentru a se favoriza vindecarea se extirpă vegetațiile adenoide, amigdalele infectate, se îndepărtează toate cauzele care împiedică o bună respirație nazală și se tratează infecțiile nazale și sinuzale care pot întreține otita. În caz de eșec se recurge la anumite operații care urmăresc lichidarea supurației cu păstrarea unui auz cît mai bun.

Forma obișnuită a otitei cronice se manifestă prin dureri în ureche ce apar în perioadele de accese și o senzație de greutate în jumătatea respectivă de cap, mai ales noaptea. Bolnavul are o scurgere din ureche și o scădere a azului. Urechea este plină cu secreție purulentă uneori grunjoasă, amestecată cu sînge, murdară, foarte urît mirositoare. De asemenea se constată prezența colesteatomului. Acesta din urmă este o formațiune tumorală situată în urechea medie. Colesteatomul are tendința să crească cu timpul și distruge formațiunile cu care vine în contact, dînd naștere la complicații grave care amenință viața bolnavului. Astfel pot apărea : paralizia facială, labirintita, tromboflebita sinusului venos lateral, meningita, abcesul cerebral și cerebelos, complicații grave rezultate din propagarea infecției pe drumul deschis de colesteatomul care roade osul. Radiografia arată de partea bolnavă gradul distrugerii osoase provocată de colesteatom. Prognosticul bolii este rezervat datorită complicațiilor amintite, care survin mai des cu ocazia unui acces. Tratamentul constă din curățirea urechii de secreții prin spălături făcute de cîteva ori pe zi cu soluție de acid boric 1%, apă oxigenată simplă sau amestecată în părți egale cu borat de sodiu 3%. După uscarea urechii se pulverizează în ea praf de acid boric iodat 1% sau pulbere de antibiotice. Soluția de alcool boricat 4%, 8—10 picături instilate în ureche de 3 ori pe zi, este și ea foarte utilă. Bolnavul este luat în evidența medicului specialist și la cea mai mică bănuială de complicație va fi operat. La bolnavii ce lucrează în puncte depărtate de un centru medical dotat cu specialiști se recomandă operația făcută de timpuriu, pentru prevenirea complicațiilor.

Labirintita este inflamația labirintului provocată de obicei de infecțiile cronice, mai rar acute, ale urechii medii și mastoidei. Cînd infecția este brutală labirintul este atacat în totalitate, producîndu-se *labirintita difuză* manifestată prin amețeli de tip rotator (bolnavul are senzația că obiectele din jur se învîrtesc sau că el se învîrtește într-un sens sau altul). În plus, el prezintă grețuri, vărsături, surditate accentuată, zgomote în urechi (țiuituri, fluierături). Bolnavul are *nistagmus* (mișcare ritmică de du-te-vino a globilor oculari, de obicei în plan orizontal, formată dintr-o deplasare rapidă a ochilor într-un sens și o mișcare lentă în sens pus), tulburări de echilibru static (nu poate menține o anumită poziție vînd tendința să devieze într-o parte, deviere influențată de poziția capului) și dinamic (bolnavul pus să meargă cu ochii închiși deviază lateral). Cînd atacul labirintului este mai puțin brutal, intervenția mijloacelor de apărare a organismului duce la limitarea leziunilor, constituindu-se *labirintita circumscrisă* în care este atins numai labirintul anterior (bolnavul se plînge de surditate, zgomote în urechi) sau numai labirintul posterior (bolnavul se plînge de amețeli, grețuri, vărsături, are nistagmus și tul-

Scanned with OKEN Scanner

burări de echilibru). De multe ori infectarea labirintului în cursul unei otite prevestește infectarea meningelui (meningită), reprezentînd un semn de alarmă pentru pacient și medic. Tratamentul labirintitei survenită în cursul unei otite acute se reduce la tratamentul corect al otitei (incizia timpanului pentru a se asigura scurgerea puroiului și administrarea de antibiotice în doze mari). În labirintita survenită ca o complicație a otitei cronice se face tratamentul chirurgical al supurației auriculare asociat cu antibiotice în doze mari. În cazurile extreme se recurge la drenarea infecției prin trepanarea labirintului.

Sindromul Ménière este o boală produsă de cauze diverse, manifestată prin crize de amețeală apărute brusc, însoțite de scăderea auzului și zgomote în urechi durînd cîteva ore pînă la 1—2 zile; între crize, bolnavul este ca și sănătos. Bolnavul, în plină sănătate, fără o cauză aparentă, simte o amețeală puternică, de tip rotator, ce-i determină o senzație puternică de dezechilibru (se prinde de obiectele din jur, se sprijină de pereți, uneori cade). Are greață, vărsături, este palid, acoperit de sudori reci, are palpitații și o stare de neliniște și teamă. O dată cu amețeala apar zgomote puternice în urechi (țiuituri, fluerături) și scăderea accentuată a auzului. După cîteva ore pînă la 1—2 zile tulburările cedează, auzul avînd tendința să revină la normal. Tratamentul în criză constă din repaus la pat în cameră liniștită, administrarea de medicamente cu acțiune asupra vaselor (antispastice, vasodilatatoare), combaterea edemului labirintic prin regim alimentar sărac în apă și sare, medicamente ce măresc eliminarea de urină (diuretice) și medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos vegetativ. Regimul alimentar între crize trebuie să evite toxicele și excitantele (tutunul, ceaiul, cafeaua, ciocolata); se reduc grăsimile și alimentele bogate în colesterol (ouăle), recomandîndu-se larg fructele și legumele. Bolnavul va duce o viață liniștită, ordonată, cu evitarea sedentarismului și a eforturilor fizice mari, a activității în mediu zgomotos și toxic.

Surditatea este frecvent întîlnită în bolile urechii. În raport cu nivelul la care poate fi lezată urechea, surditățile se împart în trei tipuri: surdități de transmisie, surdități de percepție și surdități mixte. Surditățile de transmisie se produc prin obstacole situate la nivelul urechii externe (dopul de ceară), stenoză înnăscută sau cicatriceală a conductului și leziuni ale urechii medii (lipsa dezvoltării oscioarelor auditive, otitele medii). Bolnavul aude rău vocea șoptită dar aude bine vocea de conversație; în general aude mai rău sunetele groase. Surditățile de tip percepție sînt produse de leziuni ale urechii interne (melc) sau ale căilor nervoase auditive. Bolnavul aude slab vocea de conversație, iar vocea șoptită nu o aude. Nu se aude pe sine, de aceea vorbește cu voce tare. Sunetele subțiri sînt auzite mai rău ca sunetele groase. Surditatea de tip mixt este întîlnită în boli care interesează și urechea medie și urechea internă. Bolnavul aude la fel de rău și vocea șoptită și vocea de conversație. Tratamentul surdității este în funcție de cauza care a produs-o.

Surditatea prin traumatism sonor este produsă în urma expunerii urechii la zgomot intens de lungă durată (cazangii, nituitori) sau prin expunere la zgomot foarte puternic, de scurtă durată (detunături). În surditatea prin expunere îndelungată la zgomot, bolnavul aude mai bine sunetele grave decît cele înalte, vorbește cu voce

Scanned with OKEN Scanner

tare. Inițial scăderea auzului se produce numai pentru sunetele cu o anumită frecvență, pentru ca în final bolnavul să nu mai prezinte decît mici „insule" de auz în cîmpul auditiv. Leziunile din ureche și surditatea consecutivă sînt definitive. Pentru a le preveni se recomandă : 1) cunoașterea și aplicarea măsurilor tehnice de protecția muncii (folosirea rațională a mașinilor ca să nu producă zgomot, izolarea fonică a proceselor tehnologice zgomotoase, înlăturarea pe cît posibil a vibrațiilor) ; 2) respectarea indicațiilor primite cu ocazia examenului medical la angajare (nu vor lucra în secții cu zgomot cei cu surdități incipiente sau cu boli care predispun la surditate) ; 3) folosirea de protectoare auriculare (antifoane) de diferite tipuri de la un simplu tampon de vată îmbibată cu glicerină pînă la căști speciale protectoare.

Otoscleroza este un proces de osificare progresivă a labirintului. Osificarea începe la articulația dintre talpa scăriței și fereastra ovală care blochează aparatul de transmisie a sunetelor, producînd o surditate de tip transmisie. Cu timpul leziunile progresează la nivelul urechii interne (melc), producîndu-se surditatea mixtă și apoi de percepție (predomină leziunile din urechea internă). Boala are un pronunțat caracter familial, apărînd mai des la femei. Începe în adolescență, stabilizîndu-se în jurul vîrstei de 50 de ani. Se manifestă prin zgomote în urechi sub formă de vîjîituri, pocnituri, fîșîituri și scăderea auzului. Începe întîi la o ureche dar curînd apare și la cealaltă. Surditatea creează greutăți progresive bolnavului în adaptarea la mediul social (nu-și mai poate îndeplini obligațiile de serviciu). Bolnavii vorbesc șoptit, sînt șterși, timorați, copleșiți de boală. Sunetele pure sînt auzite mai bine decît vocea (de aceea bolnavii nu mai merg la teatru dar continuă să meargă la concert). În zgomot (tren, tramvai, sală zgomotoasă) bolnavii aud mai bine. Cu timpul, surditatea accentuîndu-se, bolnavul nu mai percepe decît sunetele foarte tari, fiind obligat să privească buzele celui care vorbește pentru a se putea înțelege cu el. Tratamentul actual constă în dezanchilozarea articulației dintre scăriță și fereastra ovală făcută pe cale chirurgicală sub o optică măritoare (microscopul ORL). Se înlătură, după caz, țesutul osos în exces care împiedică mișcările scăriței. La nevoie se extripă scărița bolnavă și se înlocuiește cu o plăcuță de material plastic pe care se aplică un tub de plastic ce vine în contact cu nicovala. Rezultatul operației în majoritatea cazurilor este bun, bolnavii revenind la un auz mulțumitor. Cînd bolnavul refuză operația sau aceasta nu se poate face, se recurge la proteza auditivă. În surdițăile foarte grave se face educația bolnavului pentru a citi cuvintele după mișcarea buzelor celui cu care vorbește.

Nasul, sinusurile, mirosul

Structura nasului și sinusurilor. Pe pereții laterali ai foselor nazale se află cîte trei reliefuri rulate în formă de pîlnie, situate unul deasupra altuia, numite *cornete* (superior, mijlociu și inferior). Sinusurile sînt cavități situate în grosimea oaselor feței, pline cu aer și acoperite de o mucoasă identică cu cea care acoperă fosele nazale. Ele se deschid în nas. Menționăm celulele etmoidale anterioare și posterioare, sinusurile sfenoidale, si-

Scanned with OKEN Scanner

nusul frontal și sinusurile maxilare. Tot în nas se deschide canalul prin care lacrimile trec din sacul lacrimal în nas.

Fosele nazale au rol în apărarea de infecții a căilor respiratorii, în vorbire prin funcția de cavitate de rezonanță și în declanșarea unor reflexe. Organul mirosului este constituit de porțiunea superioară a mucoasei, care este diferențiată ca organ receptor la excitanții chimici aduși de aer. Sinusurile au rol de cavități de rezonanță în vorbire și rol în încălzirea și umidificarea aerului respirat.

Corpii străini în nas sînt de obicei unilaterali și mici, mai frecvenți la copii. Bolnavul prezintă o senzație de înfundare a nasului, secreție nazală galbenă-purulentă, uneori amestecată cu sînge. La examenul nasului se constată prezența corpului străin care determină congestia și uneori ulcerarea mucoasei nazale, acoperită de secreții purulente. Tratamentul efectuat numai de medic constă în extragerea corpului străin cu pense și cîrlige speciale, după o anestezie a mucoasei nazale. În caz de eșec corpii străini sînt împinși înapoi și culeși în coșulețul unui apăsător de limbă împins pînă în fundul gîtului.

Epistaxisul sau hemoragia nazală este de obicei de cauză locală, prin traumatisme (scărpinat, lovit) la nivelul petei vasculare de pe septul nazal (regiune bogată în vase). Cel de cauză generală se întîlnește în bolile cardiovasculare (hipertensiunea arterială), emfizemul pulmonar, boli de ficat, și rinichi, tumori ale gîtului, intoxicații, boli infecto-contagioase, boli de sînge (leucemie). *Tratamentul* constă în măsuri generale ; liniștirea bolnavului și a persoanelor emotive din jurul lui, deschiderea gulerului, slăbirea centurii, așezarea bolnavului într-o poziție potrivită (ridicat cu bărbia în piept, sau culcat pe partea care sîngerează în caz de tendință la leșin). Măsurile *locale* pentru oprirea hemoragiei sînt : compresiunea petei vasculare efectuată cu degetul prin intermediul aripii nasului ce se

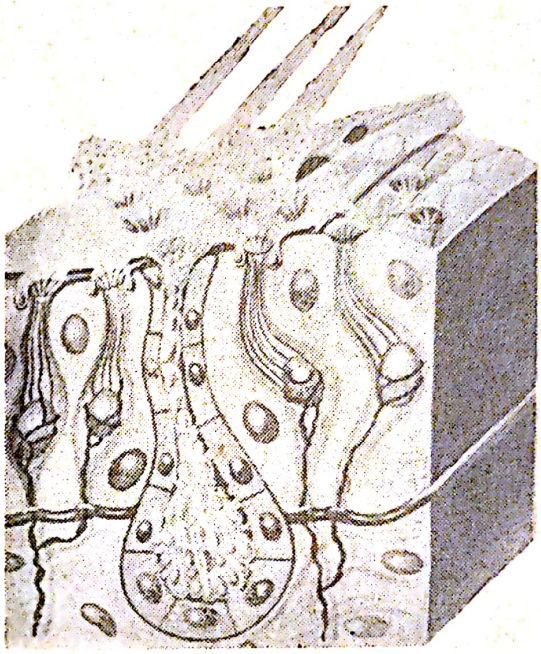


Fig. 19. — Mucoasă nazală cu celule senzoriale olfactive.

poate face chiar de către bolnav. Este utilă aplicarea unui tampon de vată îmbibat în soluție de antipirină 10% (un comprimat de antipirină la o linguriță cu apă călduță) prin intermediul căruia se comprimă pată vasculară, măsură de obicei suficientă. În caz de eșec, amînarea prezentării la medic nu are nici o justificare.

Deviația septului nazal este o afecțiune în care peretele ce desparte cele două fose nazale este deviat de la poziția sa mediană prezentînd fie o creastă osoasă sau cartilaginoasă fie o bombare anormală în una din fose, ducînd la astuparea acesteia. Deformarea septului poate fi datorită unui traumatism sau unor vicii de dezvoltare a masivului facial dar nu produce tulburări decît cînd este accentuată. Tratamentul este chirurgical, cu rezultate foarte bune.

Scanned with OKEN Scanner

Rinita acută (coriza acută) este o boală frecvent întîlnită în special primăvara și toamna, fiind favorizată de stările de oboseală, subalimentație, respirarea unui aer viciat cu gaze și pulberi toxice. Infecțiile virotice și bacteriene la care se adaugă acțiunea nocivă a frigului (exercitat în special asupra regiunii cefei și extremităților) sînt considerate factorul determinant. Boala începe cu senzație de înfundare a nasului, usturime și uscăciune la nivelul nasului și gîtului, strănuturi dese însoțite de secreție nazală apoasă, abundentă, lăcrimare, senzația de înfundare a urechilor. În zilele următoare, secreția devine galbenă-purulentă, diminuînd pînă la dispariție după o săptămînă. Ca semne generale bolnavul prezintă dureri de cap, indispoziție, mici frisoane, stare subfebrilă, lipsa poftei de mîncare, insomnie. Tratamentul la început constă în instilarea în nas de Mentorin 6—8 picături de 3 ori pe zi, Rinofug 2—3 picături. Medicamentele antihistaminice (Romergan, Avil) dau rezultate bune. În perioada de stare se instilează în nas substanțe antiseptice și vasoconstricoare (Mentorin, Fedrocaină, Rinofug), se fac inhalații cu alcool mentolat 4% (1 linguriță la 1 litru de apă fierbinte; vaporii se aspiră pe nas 10 minute prin intermediul unui cornet aplicat deasupra vasului cu medicament) repetate de 2—3 ori pe zi. Tratamentul medicamentos general constă în antitermice (aspirină, piramidon), vitamina C, calciu și băi calde la picioare. Concediul medical, atunci cînd este necesar, nu se utilizează pentru rezolvarea unor probleme gospodărești personale, ci pentru odihnă, cel mai bine repaus la pat.

Rinitele cronice catarale se manifestă prin senzație de nas înfundat și jenă accentuată la respirație pe nas, în special în poziție culcat, scurgere nazală mucoasă sau mucopurulentă ce poate ajunge și în gît dînd o senzație de corp străin. Bolnavul se mai plînge de scăderea mirosului, dureri de cap, oboseală, scăderea auzului, somn neodihnitor, inflamații repetate faringiene, amigdaliene și bronșice. Tratamentul constă în instilații nazale cu substanțe antiseptice (colargol, protargol), soluții uleioase (oleu gomenolat 1—2%), sau Mentorin, Fedrocaină, Septazol, cîte 5—6 picături în fiecare nară, repetat de 3—4 ori pe zi. Tabletele „Inhalant" sînt de asemenea utile. După inhalație, bolnavul nu va părăsi camera 20 de minute. Pentru creșterea rezistenței organismului se recomandă vitamine (A, B, C, D), preparate de calciu, fosfor, fier, alimentație bogată în proteine (lapte, carne, ouă), cu excluderea condimentelor. Se vor înlătura toate focarele infecțioase din vecinătate (sinuzite, amigdalite) și cauzele de obstrucție nazală (vegetațiile adenoide, deviațiile de sept nazal).

Rinitele cronice hipertrofice se caracterizează printr-o degenerare a mucoasei nazale de tip edematos polipoid. Mucoasa nazală, în special la nivelul cornetelor (capul și coada mai ales a cornetului inferior) se îngroașă, devine edematoasă, albicioasă albăstruie, neregulată, astupînd fosele nazale. Bolnavul se plînge de uscăciunea gurii, are mirosul și auzul scăzute, sforăie în somn, somnul este neodihnitor. La început, obstrucția nazală apare la o singură nară, alternativ, în special în poziția culcat (la nara situată dedesubt), apoi devine bilaterală și permanentă. Tratamentul, în afara măsurilor amintite la rinita cronică catarală, constă în repermeabilizarea foselor nazale prin provocarea unor cicatrice retractile la nivelul cornetelor (prin galvanocauterizări, injecții cu substanțe sclerozante), iar la nevoie extirparea mucoasei

Scanned with OKEN Scanner

nazale în exces (extirparea cozii de cornet hipertrofiate etc.).

Ozena sau *rinita cronică atrofică ozenoasă* este o boală întîlnită mai des la femei, caracterizată prin atrofia nasului și prezența de cruste nazale cu miros respingător. Crustele nazale de culoare galbenă-verzuie rezultă din uscarea secreției și prezintă un miros respingător ce provoacă repulsia celor din jur. Cauzele determinante ale bolii sînt necunoscute. Tratamentul constă în spălături nazale zilnice cu ser fiziologic călduț (la 1 litru de apă clocotită se pune o linguriță de sare de bucătărie, se lasă să se răcească și se toarnă în pumn, aspirîndu-se soluția pe nas) care înmoaie crustele și ușurează dezlipirea lor. Se picură apoi în nas oleu gomenolat 1—2% sau vitamina A uleioasă. Se mai fac badijonări ale mucoasei nazale cu soluții de Lugol și glicerină, untură de pește, soluții de streptomicină. Inhalațiile cu ape sulfuroase (Căciulata, Govora) sînt și ele utile. Ca tratament general se administrează vitamine și calciu. Tratamentul chirurgical urmărește : combaterea uscăciunii nazale prin devierea lacrimilor în meatul mijlociu nazal, sau a secreției parotidiene în sinusul maxilar ; reducerea calibrului foselor nazale prin apropierea pereților laterali ai foselor de septul nazal. Rezultatele sînt în general satisfăcătoare.

Sinuzita acută este inflamația acută a mucoasei sinusului. Ea poate interesa un singur sinus (maxilar, etmoid, sfenoid), mai multe sinusuri (polisinuzită fronto - etmoido - maxilară), toate sinusurile de pe o parte (pansinuzită acută dreaptă, stîngă) sau de ambele părți (pansinuzită acută bilaterală). Simptomele principale acuzate de bolnav sînt durerea de cap, scurgerea nazală mucopurulentă, înfundarea nasului, scăderea mirosului, febră, amețeli, lipsa poftei de mîncare. Sediul durerii variază după sinusul inflamat (în obraz, în sinuzita maxilară ; în arcada sprîncenoasă, în sinuzita frontală ; în unghiul intern al orbitei, în sinuzita etmoidală anterioară ; în creștetul capului, înapoia ochilor și în ceafă, în sinuzita etmoido-sfenoidală). Radiografia sinusurilor arată opacifierea lor datorită umplerii cu secreții purulente. Tratamentul constă în repaus în casă, băi fierbinți la picioare, instalații nazale cu Fedrocaină, Mentorin, ser fiziologic efedrinat 2% de 3—4 ori pe zi, inhalații cu alcool mentolat 4% sau „Inhalant" (o tabletă la 1 litru de apă fierbinte) repetate de 3—4 ori pe zi. La nevoie se recurge la administrarea de antibiotice (de preferat cele cu spectru larg : tetraciclină, aureomicină).

Sinuzită cronică este inflamația cronică a mucoasei sinuzale ce urmează unei sinuzite acute nevindecate deplin în 2—3 luni. Ea poate interesa un singur sinus, mai multe sinusuri sau toate sinusurile. Bolnavul se plînge de o scurgere nazală purulentă permanentă, uneori rău mirositoare și o senzație de greutate care în perioadele de acutizare se poate transforma în durere localizată în raport cu sinusul bolnav. Secreția nazală și modificările mucoasei produc înfundarea nasului și scăderea mirosului pînă la dispariție. Datorită înghițirii puroiului bolnavul prezintă tulburări digestive și inflamații repetate ale faringelui, laringelui, traheei și bronhiilor. Tratamentul sinuzitei cronice

Scanned with OKEN Scanner

acutizate este același cu al sinuzitei acute. Cele recent cronicizate beneficiază de tratament conservator : în sinuzitele maxilare se fac puncții sinuzale și spălături cu ser fiziologic steril urmate de instilarea de soluții de antibiotice, hidrocortizon și alfa-chimotripsină. În formele vechi, cu modificări ireversibile ale mucoasei sinuzale, se procedează la drenarea supurației și înlăturarea mucoasei bolnave pe cale chirurgicală.

Faringele

Faringele are forma unui jgheab deschis înainte, așezat vertical de la baza craniului pînă la nivelul vertebrei a 6-a cervicală, de unde se continuă cu esofagul. Se împarte în *faringele nazal*, care prezintă pe peretele superior amigdala faringiană și comunică cu fosele nazale și casa timpanului ; *faringele bucal*, care comunică înainte cu gura și are pe pereții laterali cele două amigdale ; *faringele inferior*, în formă de potcoavă îmbrățișînd în concavitatea sa laringele. Formațiunile limfatice existente în faringe au rol de barieră protectoare a organismului.

Faringita acută este inflamația acută a mucoasei faringiene produsă de virusuri sau microbi. Cea *eritematoasă* (roșie) este mai frecventă la bolnavii operați de amigdale, fiind de origine virotică. Se manifestă prin febră, stare de oboseală, senzație de arsură și uscăciune a gîtului înapoia nasului, dureri la înghițit, ușoară răgușeală, uneori tuse. *Faringita pultacee*, produsă de obicei de microbi (streptococ), prezintă depozite albe la nivelul foliculilor limfatici. Febra și alterarea stării generale sînt mai accentuate. Tratamentul în formele eritematoase constă în administrarea de antitermice (aspirină, piramidon, salicilat de sodiu) și antibiotice în formele complicate (penicilină). Local se recomandă comprese alcoolizate (în jurul gîtului), gargară cu borat de sodiu sau bicarbont de sodiu 1/2 linguriță la un pahar de apă la temperatura camerei, repetat de 3—4 ori pe zi, gargară cu ceai de mușețel, „Gargarism" (15 picături la un pahar cu apă), atingeri ale mucoasei cu albastru de metilen 5%. În formele pultacee se recomandă penicilină, repaus la pat și controlul repetat al urinii, asociat cu regim fără sare pentru prevenirea complicațiilor renale (nefrită).

Flegmonul periamigdalian este o inflamație purulentă severă, situată împrejurul amigdalei. Apare de obicei după o faringo-amigdalită acută incomplet vindecată. Se manifestă prin dureri în gît spontane și la înghițit, dureri în urechea de aceeași parte, încleștarea gurii, secreție salivară în exces, jenă mare la înghițit pînă la imposibilitatea alimentării, voce nazonată, miros urît, fetid, al respirației, febră ridicată (39°), stare generală gravă (insomnii, dureri de cap, față pămîntie). Bolnavul ține capul plecat, gîtul țeapăn, gura întredeschisă, lăsînd să curgă saliva în exces. La examenul gîtului se constată bombarea vălului palatin și a amigdalei de partea bolnavă care ajunge pe linia mediană, uneori văzîndu-se un punct gălbui, locul pe unde se va

Scanned with OKEN Scanner

deschide spontan abcesul. Tratamentul constă în administrarea de antibiotice pe cale generală, gargară cu ceai de mușețel și antiseptice. Cînd a colectat, abcesul se deschide prin gură de către medicul specialist. Pentru prevenirea unor noi abcese se recomandă amigdalectomia efectuată cel mai devreme la o lună de la puseul acut.

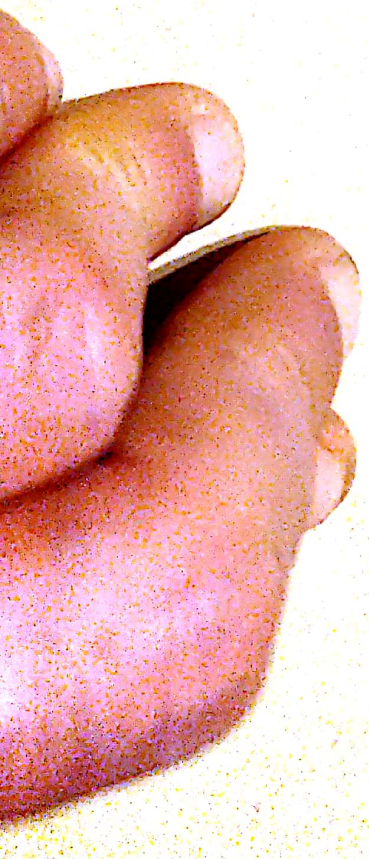
Laringele și corzile vocale

Laringele este un segment al căilor respiratorii situat la nivelul gîtului, sub piele, comunicînd în sus cu faringele și continuîndu-se în jos cu traheea. Este format dintr-un schelet cartilaginos (mărul lui Adam, evident la bărbați) ale cărui piese articulate între ele se mișcă sub acțiunea mușchilor proprii. În interiorul laringelui sînt benzile ventriculare, dispuse sub forma a două plăci orientate dinainte-înapoi, depărtate între ele, și dedesubt corzile vocale orientate tot dinainte-înapoi, delimitînd între ele un spațiu triunghiular cu vîrful înainte denumit *glotă* ale cărui dimensiuni scad pînă la dispariție prin apropierea corzilor vocale pe linia mediană. În producerea sunetului, rolul principal revine mișcării de apropiere și depărtare a corzilor vocale, executată cu anumită frecvență sub comanda impulsurilor nervoase venite de la scoarța cerebrală (zona limbajului), care întrerup coloana de aer expirat. Vibrația ce ia naștere (sunetul laringian) suferă o serie de transformări la nivelul vălului palatului, dinților și cavităților de rezonanță (faringe, nas, sinusuri), care-i conferă caracterele proprii vocii fiecărei persoane. Laringele mai are rol important în respirație și în apărarea căilor respiratorii inferioare prin sensibilitatea deosebită a mucoasei laringiene, care determină spasmul musculaturii laringiene la contactul cu agenții nocivi și declanșarea reflexelor de tuse.

Laringita acută este inflamația acută a mucoasei laringiene. Apariția ei este favorizată de frig, umezeală, efort vocal prelungit sau intens, inhalarea de vapori fierbinți sau iritanți. Se manifestă prin răgușeală, senzație de uscăciune în gît și înțepături la înghițit, tuse seacă, dureroasă, iritativă. După 3—4 zile, maximum o săptămînă, simptomele cedează, răgușeala putînd să mai persiste o perioadă de timp. La profesioniștii vocali (profesori, cîntăreți, actori, crainici etc.) se impun repausul vocal obligatoriu și reluarea treptată a eforturilor vocale. Tratamentul constă în repaus vocal complet în cameră încălzită (aerul să nu fie uscat), regim alimentar ușor, fără condimente și alcool, cu lichide ușor încălzite. Se interzic fumatul, atmosfera cu praf și pulberile toxice. Local se fac inhalații, instilații nazale cu Fedrocaină, oleu gomenolat sau eucaliptolat 2%, de 3—4 ori pe zi. Se prescriu sedative ale tusei (preparate pe bază de codeină), antitermice (aspirină, piramidon), vitamine și comprese calde la gît. Dacă copilul mic cu laringită acută se sufocă, este necesar un tratament de urgență în spital.

Laringita cronică poate fi produsă de *cauze respiratorii* (infecții de vecinătate), *cauze fonatorii* (abuz vocal la

profesioniști) și *cauze generale* (obezitate, boli de ficat, boli de rinichi). Simptomul principal este răgușeala, care variază ca intensitate de la o simplă voalare a vocii pînă la alterarea ei totală. Datorită efortului vocal, răgușeala este mai accentuată spre seară. După expulzarea secreţiilor din laringe, vocea se limpezește pentru o scurtă perioadă. La început intermitentă, răgușeala devine permanentă cu timpul. Uneori bolnavul mai acuză senzații de înțepături, arsuri și usturimi în gît, senzaţie de corp străin, tuse uscată rebelă. Boala evoluează timp îndelungat, uneori toată viața. Deoarece unele forme pot degenera într-un cancer de laringe se dovedește foarte util un examen periodic la medicul de specialitate, care poate surprinde la timp anumite modificări. Prevenirea bolii se face prin înlăturarea cauzelor amintite mai sus. Tratamentul constă în evitarea tutunului și alcoolului, evitarea atmosferei viciate, a eforturilor vocale. În plus, se fac inhalaţii descongestionante, aerosoli cu antibiotice, cortizon, ape sulfuroase, instilații laringiene cu oleu eucaliptat 1% pentru detașarea secreţiilor aderente, medicaţie tonică a musculaturii laringiene slăbite.



Scanned with OKEN Scanner

5

Aparatul respirator

- Structura și funcțiile aparatului respirator 67
- Cauzele îmbolnăvirii aparatului respirator 72
- Mecanismele îmbolnăvirii aparatului respirator 74
- Simptomele bolilor aparatului respirator 75
- Urgențele aparatului respirator . 76
  - Hemoptizia 76
  - Pneumotoraxul spontan . . . 77
- Bolile mai frecvente ale aparatului respirator 77
  - Gripa 77
  - Traheita 77
  - Bronșita acută 78
  - Bronșita cronică 78
  - Pneumoniile și bronhopneumoniile 78
  - Supurațiile pulmonare 78
  - Abcesul pulmonar 79
  - Bronșiectaziile 79
  - Emfizemul pulmonar 79
  - Astmul bronșic 80
  - Bolile pleurei 80
  - Pneumoconiozele 81
- Atitudinea în fața unei boli a aparatului respirator 81

Structura și funcțiile aparatului respirator

Omul trăiește pe fundul unui imens ocean de aer — atmosfera — adînc de cel puțin 100 de kilometri. Pe suprafața pielii omului, care măsoară aproximativ 1,5 m^2, atmosfera exercită o presiune de 15 000 kg. Această presiune nu ne turtește însă și nici măcar nu o simțim, deoarece gazele din aer care au pătruns în sînge și în țesuturi fac în așa fel ca în corpul amenesc să existe aceeași presiune cu cea din exterior.

Aerul este un amestec de gaze: azot 79%, oxigen 20%, gaze nobile (argon, heliu, neon) 1%, bioxid de carbon 0,03% și urme de amoniac. Din acest amestec, organismul utilizează numai oxigenul, de care are nevoie în procesele vitale. Ca să poată să folosească oxigenul din atmosferă, să-l introducă în organism și să elimine gazele rezultate din arderi, omul dispune de aparatul respirator, format din căile aeriene superioare (nasul, faringele și laringele) și căile aeriene inferioare (traheea, bronhiile și alveolele pulmonare).

Primul organ prin care trece aerul inspirat este *nasul*. Cavitățile nasului, căptușite cu o membrană mucoasă

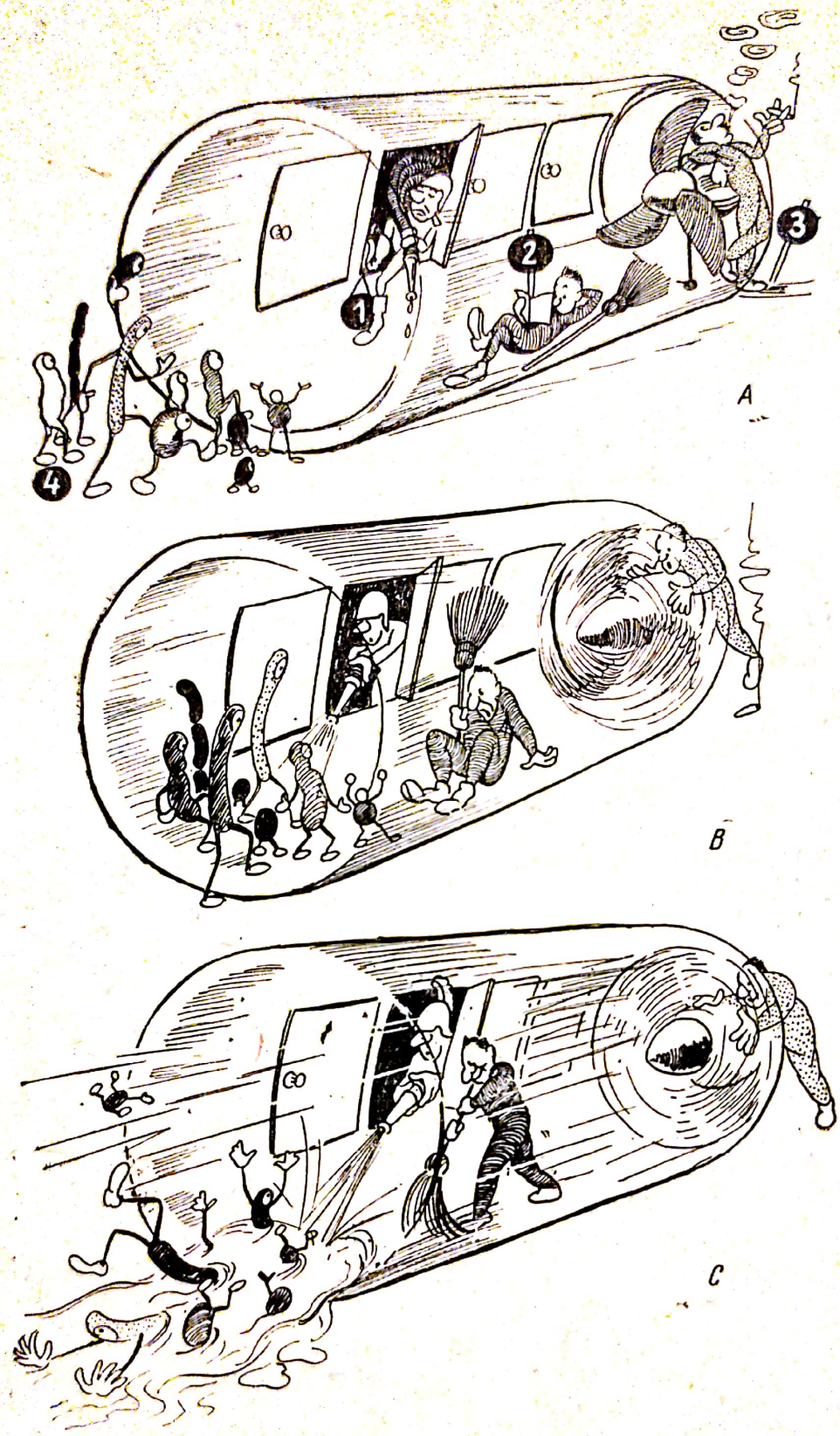


Fig. 20. — Mecanismul de curăţire a căilor aeriene :

1 — secreţie ; *2* — mişcarea cililor ; *3* — tusea ; *4* — corpi străini, microbi etc ; *A* — corpii străini pătrund în conducţul aerian ; *B* — mecanismele de apărare intră în acţiune ; *C* — înglobaţi în secreţia de mucus, „măturaţi" de cili şi „suflaţi" de tuse, corpii străini sînt expulzaţi din căile aeriene.

Scanned with OKEN Scanner

bogată în vase de sînge, joacă rolul unui radiator. În drumul de la nări pînă la amigdale, aerul poate să se încălzească cu 30°. Numeroasele glande mucoase, comunicarea nasului cu ochii (scurgerea lacrimilor în nas) și alte mecanisme asigură permanenta umezire a aerului. Nasul constituie și un filtru eficace : perii de la intrarea nărilor, firișoarele fine de pe suprafața mucoasei, precum și mucusul secretat rețin particulele de praf și microbii, purificînd aerul. Mucoasa tuturor căilor aeriene pînă la alveole este acoperită cu *cili*, niște firișoare fine dispuse ca un covor, care au o mișcare vibratilă continuă de la interior spre exterior, în ritm de 12 mișcări pe secundă, asemănîndu-se cu un lan de grîu bătut de vînt. Acest covor de cili deplasează corpurile străine fine și le elimină cu o forță nemaipomenită ; 1 cm^2 de cili vibratili ridică în fiecare minut 6 g cu 1 mm, putînd să urnească chiar o greutate de 360 g. Se înțelege importanța deosebită a acestor sisteme de „curățire", dacă ne gîndim că în fiecare minut omul inspiră cîteva milioane de particule de praf. Numai briza care bate dinspre mare este lipsită de praf. În schimb, chiar pe vîrful munților, la fiecare inspirație pătrund 10 000 de particule, iar în aerul din oraș, numărul acestora crește la 5 miliarde. În prezent, un locuitor din mediul urban introduce în aparatul lui respirator, în cursul vieții, 50 kg praf, cantitate care este pînă la de zeci de ori mai mare în profesiunile în care inhalarea pulberilor este accentuată (mineri, măturători, cioplitori în piată, fochiști, muncitori la sablaj, muncitori cu ciment). În măsura în care o dată cu praful pătrund în nas și microbi, firișoarele și mucusul (care este antiseptic) rețin și omoară germenii, nasul constituind cea mai bună barieră naturală împotriva infecțiilor, sterilizînd considerabil aerul care se duce spre plămîni. Nasul reglează reflex reacția aparatului respirator față de aerul atmosferic.

Din nas, aerul trece prin *faringe*, aflat în regiunea în care căile respiratorii se despart de cele digestive, acolo unde cavitatea nazală comunică cu cavitatea bucală. Între faringe și trahee, la capătul superior al acesteia din urmă se află un aparat format din cartilaje, oscioare și mușchi, *laringele*, care se astupă cu un căpăcel cînd înghițim și se deschide cînd respirăm. Grație unor coarde fine, dispuse în calea aerului, laringele este și organul vocii.

Sub laringe se află un tub lung de circa 15 cm, format din inele cartilaginoase, denumit *trahee*. În partea inferioară, cam în dreptul inimii, traheea se bifurcă în cele două *bronhii*, care la rîndul lor se ramifică, aidoma unui arbore, în aproape 25 de milioane de rămurele din ce în ce mai înguste, pînă la diametrul de 0,5 mm. Aceste canale sînt căptușite cu o membrană (mucoasă) care are în grosimea ei glande ce secretă mucus. Mucoasa este acoperită cu cilii despre care am amintit, iar peretele canalelor conține fibre musculare, care permit să se modifice calibrul acestor conducte. Fiecare rămurică se desparte ca perii unei pensule în 12—20 de ramuri terminale, la capătul cărora se află *alveolele* pulmonare, niște cămăruțe dispuse pe ramurile terminale ca boabele de struguri pe un ciorchine. Canalele aeriene din ce în ce mai înguste (bronhii, bronhiole) și alveolele formează țesătura fină a plămînului, care este un organ ca un burete, un schelet de fibre elastice plin cu aer și vase de sînge așezat în cușca toracică. Atît plămînul drept

Scanned with OKEN Scanner

(format din trei lobi), cît și cel stîng (format din doi lobi) sînt înveliți într-o dublă foiță subțire, pleura. În mod normal, aceste foițe sînt aderente, una dintre ele învelind plămînii, iar cealaltă căptușind toracele. Ele fac ca plămînii să fie solidari în mișcări cu toracele și diafragmul. Prin dilatarea toracelui și lăsarea diafragmului plămînii se umflă ca o armonică și aerul atmosferic pătrunde în alveolele destinse *(inspirație)*, iar prin îngustarea toracelui și ridicarea boltei diafragmului, aerul este dat afară din plămîni *(expirație)*.

O dată cu căile aeriene se ramifică și marile artere, care aduc de la inimă la plămîni sîngele conținînd bioxidul de carbon, și venele, care duc de la plămîni spre inimă sînge cu oxigen. Vasele de sînge se despart, de asemenea, în milioane de rămurele și, împreună cu ramurile terminale ale arborelui respirator, se des-

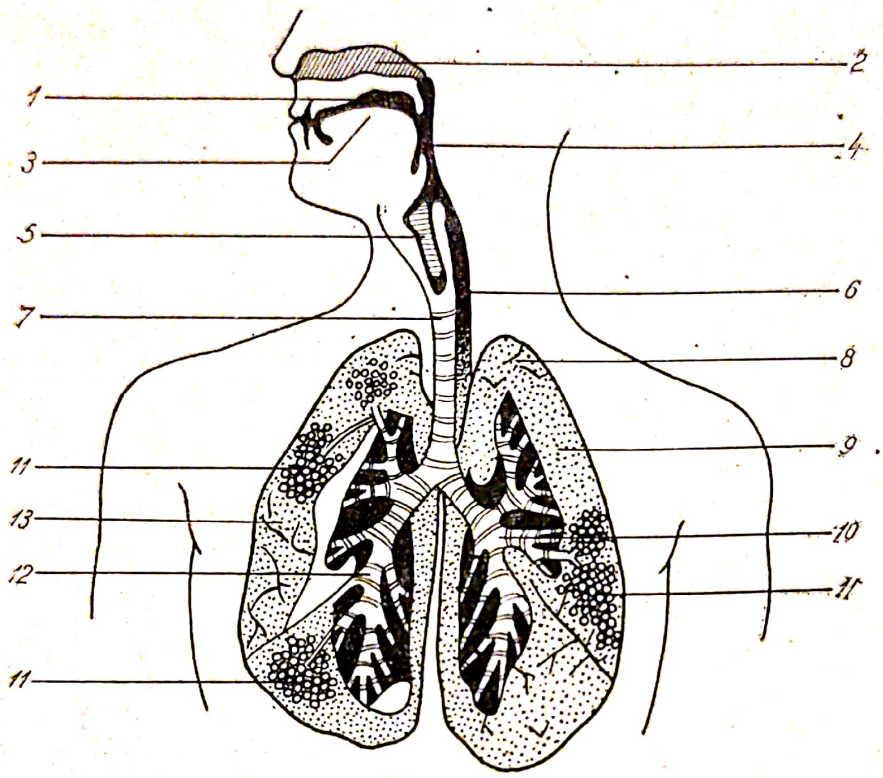


Fig. 21. — Schema structurii aparatului respirator:

1 — cavitatea bucală; *2* — cavitățile nazale; *3* — limba; *4* — faringele; *5* — laringele; *6* — esofagul; *7* — traheea; *8* — vîrful plămînului; *9* — plămînul stîng; *10* — bronhia stîngă; *11* — alveolele; *12* — bronhia dreaptă; *13* — plămînul drept.

fac în vase capilare sanguine, care îmbracă cele aproximativ 400 de milioane de alveole ca țesătura plasei cu care se fac tîrguielile. Globula roșie din sînge se plimbă în jurul unei alveole timp de o secundă, în care pe de o parte ea fixează oxigenul din aerul atmosferic aflat în alveolă, spre a-l duce țesuturilor, iar pe de altă parte descarcă CO_2 (rezultat al arderilor din organism) în aerul din alveolă, care urmează să fie eliminat în aerul atmosferic prin expirație.

Scanned with OKEN Scanner

Într-o inspirație profundă, cele 400 de milioane de alveole ajung pînă la 400 m², suprafață prin care se fac schimburile gazoase între atmosferă și organism. De obicei, plămînii sînt umpluți cu circa 3 litri de aer, la care se mai adaugă 0,5 litri la o inspirație obișnuită. Aceasta înseamnă că în mod normal 1/6 din aerul plămînilor se primenește. Omul în repaus ventilează prin plămîni aproximativ 8 litri de aer pe minut, iar cel care aleargă, 50 litri pe minut. În 24 de ore, omul ventilează cam 20 000 litri de aer, cifră care variază cu activitatea și cu tipul constituțional.

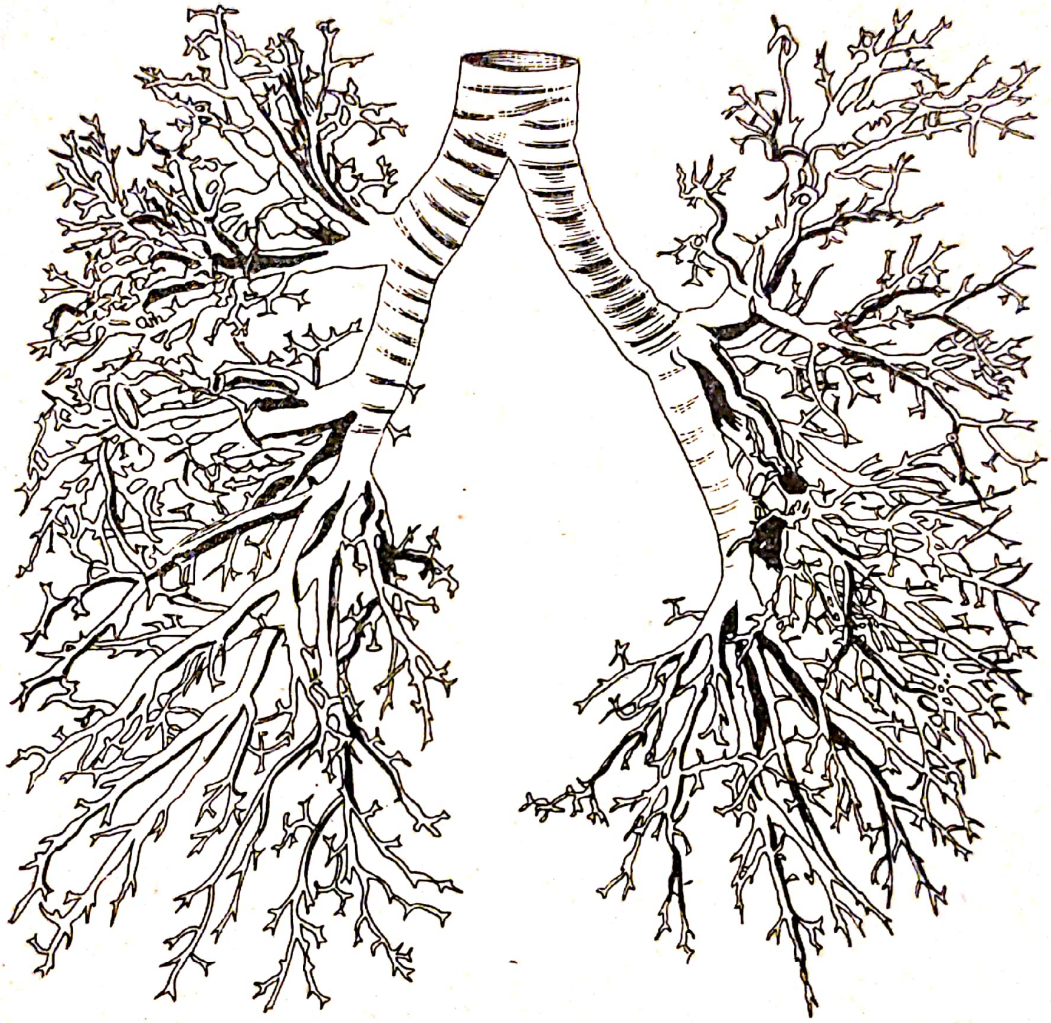


Fig. 22. — Arborele bronșic.

În sistemul nervos central și anume, în bulb, se află centrul nervos care comandă și reglează mișcările respirației prin nervii ce se distribuie în musculatura toracelui, motorul mișcărilor respiratorii. Prin voință putem să accelerăm sau să încetinim mișcările respiratorii; în realitate, însă, centrul respirator este excitat automat de o serie de factori, printre care cei chimici (O și CO_2) sînt cei mai importanți. Introducînd numai oxigen în sîngele unui animal, mișcările respiratorii încetează; animalul nu poate să mai respire, deoarece centrul lui respirator nu mai trimite comenzi spre musculatura toracelui.

Scanned with OKEN Scanner

Cauzele îmbolnăvirii aparatului respirator

Deşi traheea, bronhiile şi plămînii sînt organe interne (intratoracice), datorită structurii lor tubulare, ele sînt în legătură directă cu lumea exterioară, cu atmosfera. De aceea, aceste organe sînt uşor accesibile numeroaselor nocivităţi şi supuse acţiunii acestora. Cauzele bolilor aparatului respirator sînt foarte numeroase şi variate; rar se întîlnesc izolate. De cele mai multe ori ne aflăm în faţa a două sau mai multe cauze, care provoacă în acelaşi timp sau succesiv o boală a aparatului respirator.

Una dintre cauzele determinante ale apariţiei bolilor aparatului respirator este *infecţia*. În mucoasa căilor aeriene pot să se cuibărească şi să se înmulţească numeroşi microbi. În primul rînd intră în discuţie microbii care sînt oaspeţi obişnuiţi ai căilor aeriene superioare, germeni care în mod normal sînt inofensivi. În anumite împrejurări, sub acţiunea unor factori favorizanţi, aceşti microbi devin patogeni, adică provoacă îmbolnăviri. Există bacterii şi virusuri care pot să provoace boli fără contribuţia factorilor favorizanţi. Aşa se întîmplă în bolile infecţioase ca tusea convulsivă, rujeola, varicela, scarlatina, tuberculoza, variola şi difteria. De cele mai multe ori, infectarea aparatului respirator se face prin contaminare pe cale aeriană, prin inhalarea germenilor răspîndiţi prin tuse, strănut, vorbire, sărut. În izbucnirile de boală cu caracter de epidemie, virulenţa germenilor este mult crescută. În aceste cazuri, molipsirea se face mai uşor, iar numărul de îmbolnăviri ale aparatului respirator creşte.

Cauzele favorizante ale bolilor sînt factorii care determină reacţii congestive ale mucoasei, traheei şi bronhiilor, ale alveolelor şi ale pleurei şi care, micşorînd rezistenţa şi puterea de apărare locală a acestor organe, ajută sau declanşează acţiunea microbilor. Rolul cel mai însemnat îl joacă „răceala", noţiune care nu trebuie înţeleasă ca acţiune directă a aerului rece asupra mucoasei respiratorii. Este vorba mai ales de răcirea suprafeţei corpului sub acţiunea umezelii şi răcelii „la picioare", ceea ce a făcut pe un clinician francez să afirme că „omul răceşte prin corp şi nu prin respiraţie". Datorită acestui mecanism se explică şi caracterul sezonier al numeroaselor boli respiratorii, a căror frecvenţă este maximă în sezonul rece şi umed. Practic, orice „răceală" începe cu *guturai*, cea mai frecventă boală a nasului. Cînd picioarele sînt reci şi umede, aparatul de încălzire şi umezire a aerului din nas se contractă; aerul rămîne rece, uscat, microbii trec nestingheriţi şi astfel are loc inflamaţia mucoasei nasului şi a faringelui, adică banala *rinofaringită*, cu guturai şi dureri în gît. Adesea, împreună cu mucoasa nasului, faringelui sau a traheei, se congestionează şi mucoasa laringelui, apărînd *laringita*, caracterizată prin tuse uscată şi răguşeală pînă la stingerea vocii. O altă cauză favorizantă o constituie acţiunea *factorilor iritanţi* asupra mucoaselor respiratorii şi anume a agenţilor care exercită o iritaţie mecanică (praf, fum) sau chimică (gaze iritante, gaze toxice, vapori). Acţiunea acestora se combină cu cea a microbilor, ceea ce face ca procesul patologic rezultat să se agraveze.

Cauzele predispozante sînt factorii care înlesnesc producerea inflamaţiei mucoaselor respiratorii prin crearea unor condiţii care pun organismul într-o stare de rezistenţă scăzută îm-

Scanned with OKEN Scanner

potriva cauzelor determinante și favorizante. Se consideră ca factori predispozanți :

— *defectele nazale* (deviații de sept, hipertrofii de cornet), care constituie o oarecare piedică în respira-

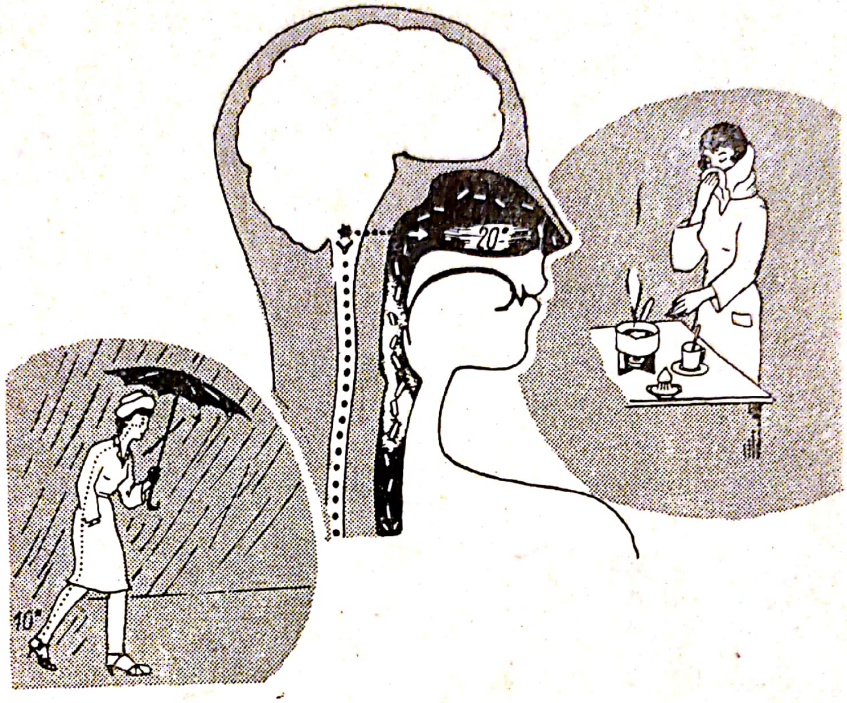


Fig. 23. — Picioarele reci provoacă apariția guturaiului.

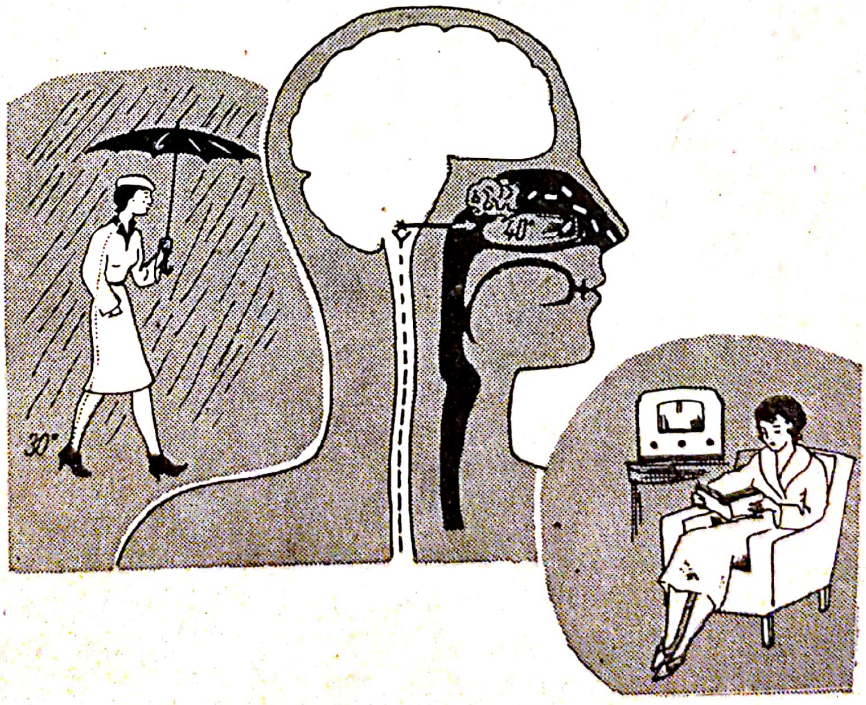


Fig. 24. — Picioarele calde păzesc de răceală (după F. Kahn).

ție, în încălzirea și umezirea aerului inspirat;

— *focarele infecțioase cronice* (rinite, faringite, amigdalite sinuzite, supurații), care pot provoca sau întreține inflamații ale bronhiilor și plămînilor prin infectarea din vecinătate sau de la distanță (prin inhalare sau pe cale limfatică);

— *stările debilitante pentru organism*, cum ar fi anumite boli infecțioase, subnutriția, surmenajul, debilitatea generală, alcoolismul, sifilisul, tuberculoza, bolile cronice de inimă și rinichi, guta, obezitatea, diabetul, uremia, tabagismul și stările alergice; persoanele cu astfel de stări fac des recidive.

Ca factori predispozanți mai pot fi menționate eforturile respiratorii repetate (suflători, cîntăreți), abaterile de la regulile banale de igienă (băuturi de la gheață, respiratul pe gură cînd este frig și umed, ieșitul din căldură în frig cu o îmbrăcăminte sumară), precum și existența epidemiilor (pojar, gripă, tuse convulsivă etc.). Există și o *predispoziție individuală*, care joacă un oarecare rol în apariția unor boli ale aparatului respirator. Dovada cea mai bună este faptul că nu toate persoanele expuse factorilor amintiți se îmbolnăvesc. De asemenea există oameni care la cea mai mică „răceală" fac guturai, iar alții, cu ocazia celui mai mic guturai, fac traheite, bronșite, pneumonii.

Mecanismele îmbolnăvirii aparatului respirator

Inflamația poate să apară ca o reacție de apărare la agresiunea directă a microbilor (infecție) asupra mucoasei în care se cuibăresc, ca și la creșterea virulenței microbilor care locuiesc obișnuit în căile aeriene și au devenit agresivi într-un organism a cărui putere de apărare a scăzut. Frigul, praful sau eforturile duc la congestionarea mucoasei, favorizînd fixarea, dezvoltarea și acțiunea microbilor.

Alergia. În afară de bolile care au ca mecanism de producere infecția există și boli *alergice*, cu mecanism complicat de producere. Unii oameni prezintă față de anumite substanțe (alimente, medicamente, produse microbiene și parazitare, pulberi de origine animală și vegetală — ca părul sau polenul) o sensibilitate deosebită. Ori de cîte ori vin în contact cu acea substanță (pe cale digestivă, prin piele, prin inhalare), ei reacționează într-un mod neobișnuit, mai mult sau mai puțin violent. Pe lîngă tulburări digestive și erupții cutanate, pot să apară tulburări din partea aparatului respirator, ca tuse, expectorație, dispnee (greutate în respirație). Acești oameni se află în stare de alergie, iar substanțele care declanșează tulburările menționate sînt denumite alergene. Alergenele microbiene sau de altă natură, pătrunse în organism pe diferite căi, pot să provoace tulburări secretoare, congestive, mecanice, să dea bronșite, pneumonii alergice de diferite grade, acute sau cronice și chiar astmul bronșic.

Dintre factorii iritanți, *fumatul* a stîrnit numeroase discuții. Unora tutunul le face rău, altora mai puțin. Un lucru este cert: fumatul nu este sănătos. Pe lîngă alte neajunsuri (intoxicația cu nicotină, cu oxidul de carbon rezultat din arderea tutunului și a hîrtiei țigărilor, iritația stomacului și, se pare, și o contribuție însemnată la apariția cancerului bronșic), fumatul este un factor care determină, întreține și agravează

iritația, respectiv inflamația căilor respiratorii.

Tulburările de circulație. Există împrejurări în care circulația sîngelui este stînjenită în teritoriul plămînilor. Încetinirea circulației și creșterea presiunii sîngelui într-un teritoriu pulmonar pot să ducă, prin aglomerarea sîngelui în vase și dilatarea acestora, la edem pulmonar, crize de astm, lichid în cavitatea pleurală. Astfel de situații survin în afecțiuni cardiace (stenoză mitrală, miocardite) sau în insuficiența cardiacă consecutivă emfizemului pulmonar, astmului, silicozei, tuberculozei, sclerozei pulmonare.

În general, în apariția bolilor aparatului respirator, contribuția infecției pare să fie cea principală, dar ea nu este exclusivă, pentru că — așa cum am arătat — intervin numeroși alți factori care pot să declanșeze o reacție inflamatoare.

Simptomele bolilor aparatului respirator

Tusea, simptomul cel mai des întîlnit în bolile aparatului respirator, este gestul de apărare împotriva corpurilor de orice natură (alimente, mucus, corpi străini, produse inflamatoare, gaze iritante), care pătrund în căile aeriene. Tusea este un act reflex determinat de stimularea terminațiilor nervoase din anumite zone sensibile ale mucoasei respiratorii. Actul în sine constă dintr-o inspirație adîncă și rapidă, urmată de închiderea glotei (strîmtoarea superioară a traheei) și de efortul de expirație forțată; glota fiind închisă, aerul este pus sub presiune în căile aeriene de sub laringe. Apoi glota se deschide brusc, dînd loc unei expirații bruște, explozive, care antrenează materialul din căile aeriene, deplasîndu-l spre exterior, pe o distanță oarecare. Dacă materialul iritant ajunge într-o zonă insensibilă, tusea încetează. În cursul inspirațiilor următoare, materialul este împins înainte prin eforturile cililor, pînă cînd ajunge din nou într-o zonă sensibilă. Actul tusei se repetă astfel pînă la expulzarea materialului și curățirea căilor aeriene.

Mecanismul de curățare a bronhiilor se compune din secreția mucoasei căilor respiratorii, mișcarea permanentă a cililor și tuse. Orice corp străin din căile aeriene este înglobat de mucus, transportat spre exterior prin mișcarea ritmică, coordonată și ascendentă a cililor, și este eliminat prin tuse, (fig. 20). Rezultatul acestor activități este expectorația. Tusea nu este neapărat condiționată de prezența unei secreții anormale sau a unui corp străin, ci mai ales de excitabilitatea crescută a pleurei sau a altor zone reflexogene din cadrul sau din afara căilor respiratorii. În raport cu cantitatea secreției bronșice și cu senzația auditivă pe care o dă, deosebim tusea *uscată* de tusea *umedă*, „grasă". Cînd este foarte intensă, tusea (în accese) poate să determine apariția de vărsături, mai cu seamă la copii. Tusea violentă poate să ducă la apariția de dureri între coaste sau în epigastru (capul pieptului), datorite eforturilor pe care le fac în tuse musculatura intercostală și diafragmul.

Expectorația reprezintă eliminarea produselor de secreție anormală a mucoasei respiratorii, cu corpi străini de orice fel înglobați în secreție. În unele boli ale aparatului respirator (mai ales în atingerile pleurei), sputa poate să lipsească. În altele, ea este prezentă în proporții variate de la cantități foarte mici pînă la cantități mari, de cîteva sute de grame în 24

Scanned with OKEN Scanner

de ore. Aspectele sputei diferă după compoziția ei. Astfel, există sputa seroasă, mucoasă, purulentă, sanguinolentă sau forme mixte (sero-mucoasă, muco-purulentă, sero-sanguinolentă etc.).

Durerea. În general, plămînul nu doare, pentru că țesutul pulmonar este lipsit de sensibilitate dureroasă conștientă. Amintim durerea, uneori violentă ca o arsură, ca o „rană deschisă", pe care o simt îndărătul sternului bolnavii cu traheită. De asemenea, durerea pe care o acuză aproape totdeauna cei care au o suferință pleurală (pleurită, pleurezie, pneumotorax) sau pulmonară (pneumonie) cu sediul apropiat de pleură.

Dispneea (respirația dificilă) se întîlnește destul de des în afecțiuni inflamatoare acute (pneumonii, bronșite acute), în boli cu suprafață mare de plămîn distrusă sau sclerozată, în crizele de astm, în pleurezii cu cantitate mare de lichid, în pneumotoraxul spontan, dar și în boli generale, care printr-un mecanism sau altul influențează centrul reglator al respirației, din bulb.

Urgențele aparatului respirator

Hemoptizia

Hemoragia aparatului respirator, de la simpla spută colorată în roșu pînă la o „gură de sînge" sau cantități mai mari care pun viața în primejdie, poate să aibă mai multe cauze : ruperea unui vas de sînge într-o zonă pulmonară supusă distrugerii (în tuberculoză, supurații bronșice, pulmonare, cancer), fragilitatea vaselor sanguine, tulburări mecanice în unele boli de inimă, ruperea unor dilatații venoase în ciroza ficatului, boli parazitare pulmonare, unele afecțiuni pulmonare acute, traumatisme toracice. Adesea se ia drept hemoptizie o hemoragie nazală „aspirată", o hemoragie gingivală, faringiană sau gastrică. În orice caz, pînă la venirea medicului, bolnavul va fi așezat în repaus absolut la pat, în poziție semișezînd. El va sta cu capul în jos (fără pernă) numai în hemoptiziile mari. Idealul este ca tratamentul să fie aplicat chiar la locul unde bolnavul a avut hemoptizia. Se recomandă să se evite transportarea bolnavului, indiferent de mijloacele de transport aflate la îndemînă. Este mai bine ca bolnavul să stea liniștit pînă primește asistență medicală (fie ea chiar întîrziată) decît să alerge sau să fie transportat de urgență la un serviciu medical. Aceasta se va face totuși dacă medicul apreciază că este nevoie de internare de urgență. Se liniștește anturajul bolnavului și se reține o singură persoană îndemînatecă și calmă, care poate să fie de ajutor și care poate fi rapid inițiată de medic în manoperele necesare. Se recomandă bolnavului repaus vocal absolut și abținere, cît mai mult cu putință, de la efortul de tuse. Se pot lua picături contra tusei (Calmotusin, de cîteva ori cîte 25—30 de picături pe zi) sau tablete de Codenal, Tusan, evitîndu-se medicamentele expectorante. Este bun și un calmant ca Fenobarbital, Romergan, Clordelazin. Se vor administra 20—30 de picături de Clorocalcin. Printre procedeele hemostatice simple menționăm punga cu gheață sau comprese reci pe torace, pe testicule sau pe buzele mari ale vulvei (pentru declanșarea unor reflexe vasocons-

Scanned with OKEN Scanner

trictoare). Bolnavul poate să sugă bucățele de gheață. Bineînțeles că tratamentul medicamentos este aplicat de medic, care hotărăște și cît trebuie să stea bolnavul în repaus și cînd își poate relua alimentația, care cel puțin 1—2 zile va consta dintr-un regim de lichide și semilichide reci.

Pneumotoraxul spontan

Pătrunderea bruscă a aerului în cavitatea pleurală poate să aibă loc fie prin perforarea pleurei care învelește plămînul, deschizîndu-se astfel o comunicare între cavitatea pleurală și alveole (spargerea unei caverne superficiale, a unui chist, a unei bule de emfizem), fie prin perforarea pleurei care căptușește toracele (traumatism prin armă de foc sau armă albă, fractură de coastă). Este un accident grav, manifestat prin junghi puternic, dispnee mare și fenomene de sufocare. Dacă nu se intervine rapid, bolnavul poate să-și piardă viața. Pînă la venirea medicului, care singur poate să intervină cu folos, bolnavul va fi așezat într-un loc liniștit și va fi mișcat cît mai puțin cu putință.

Bolile mai frecvente ale aparatului respirator

Gripa

Este o infecție generală datorită unor virusuri cu localizare predominant în unul sau mai multe organe ale aparatului respirator. La prima vedere pare a fi tipul cel mai banal de răceală ; totuși este o boală contagioasă care poate să apară izolat sau în epidemii de diferite grade de severitate. Formele clinice sînt deosebit de variate, de la simple guturaiuri și rinofaringite pînă la laringite, traheite, bronșite sau combinații de tipul complet al „rino-faringo-laringo-traheo-bronșitei", care se poate complica cu pneumonia, prinderea inflamatorie a alveolelor pulmonare. Nu există tratament specific. Se recomandă măsurile profilactice (evitarea aglomerațiilor, a persoanelor bolnave și a expunerii neraționale la intemperii, vaccinarea antigripală). *Antibioticele nu au eficacitate* decît în caz de complicații. Într-o gripă, bolnavul va sta în casă la temperatură moderată (18°), în aer curat și umezit, se va alimenta ușor, își va dezinfecta nasul și gîtul (picături de Rinofug în nas, gargară dezinfectantă sau sugerea tabletelor de Faringosept), va lua aspirină (3—4 tablete pe zi) sau piramidon (4—5 tablete pe zi), calmante ale tusei (Codenal, Tusan, Calmotusin) sau expectorante (tablete expectorante, Sirogal, Trecid), va pune comprese calde pe piept sau cataplasme cu muștar, va lua 2—3 tablete de vitamina C_{200} pe zi. Bolnavul va apela la medic ori de cîte ori fenomenele nu cedează după cîteva zile sau se accentuează, ceea ce sugerează posibilitatea unei complicații.

Traheita

Este caracterizată printr-o stare febrilă, tuse la început uscată, chinuitoare, apoi însoțită de expectorație și dureri sub formă de arsuri îndărătul sternului. Se vor aplica comprese calde pe piept, vată termogenă sau cataplasme cu muștar, calmante ale tusei sau expectorante. Fiind înso-

Scanned with OKEN Scanner

ţită sau urmată aproape constant şi de bronşită, tratamentul este acelaşi cu al bronşitei.

Bronşita acută

Este o inflamaţie a mucoasei bronşice, care survine de cele mai multe ori ca o continuare a unui proces inflamator al căilor aeriene superioare şi însoţeşte aproape totdeauna traheita, aşa încît este vorba de o traheobronşită. Începe cu o stare febrilă, tuse la început seacă, apoi cu expectoraţie mucoasă, muco-purulentă sau net purulentă. Este indicat ca în faza febrilă, bolnavul să stea în casă ; temperatura camerei nu va depăşi 18-20°, camera va fi aerisită şi aerul umezit. Se vor aplica comprese pe torace, cataplasme cu muştar, iar ca medicamente : aspirină, piramidon, ceai pectoral, sirop expectorant. Alimentaţie uşoară, lichide abundente, fructe, legume. In timpul bolii, fumatul este bun doar ca să prelungească suferinţa şi să favorizeze eventuale complicaţii.

Bronşita cronică

Evoluează cu simptome mai atenuate, dar de mai lungă durată. Este vorba de bronşite acute nevindecate sau întreţinute de infecţii (amigdalite cronice, infecţii dentare, sinuzite), de inhalarea unor substanţe iritante (fum, praf, vapori iritanţi, tutun) şi supuraţii bronşice. Pe lîngă tratamentul amintit la bronşita acută este necesar uneori un tratament cu antibiotice, dar mai cu seamă asanarea focarului infecţios care a provocat şi care întreţine inflamaţia bronhiilor, precum şi îndepărtarea celorlalţi factori iritativi. Dar toate acestea numai cu aviz medical.

Pneumoniile şi bronhopneumoniile

Sînt inflamaţii acute ale unor porţiuni din plămîni, datorite infecţiei cu bacterii sau virusuri. Cele datorite bacteriilor (pneumococi, stafilococi, streptococi etc.) se manifestă prin simptome zgomotoase, cu debut brusc : febră mare, frison, faţă aprinsă, junghi toracic puternic, tuse cu expectoraţie la început ruginie, apoi muco-purulentă, respiraţie grea, moleşeală, stare generală rea. Bătrînii şi copiii, care au în general o rezistenţă mai scăzută la boli, fac forme mai grave. Tratamentul cu antibiotice a redus aproape la zero complicaţiile acestei boli. Bronhopneumoniile, datorite microbilor amintiţi, au practic aceeaşi simptomatologie şi aceleaşi indicaţii de tratament. Pneumoniile datorite virusurilor au simptome mai puţin zgomotoase şi sînt mai benigne. Debutul este mai lent, în cadrul unui episod gripal, febra şi celelalte simptome sînt mai moderate. Tratamentul unei „viroze" a aparatului respirator (şi al unei pneumonii virotice) constă în repaus, piramidon, aspirină, calmante ale tusei, vitamina C, dezinfecţia nasului şi a gîtului, alimentaţie uşoară. Tratamentul cu antibiotice este justificat numai dacă persistenţa sau agravarea simptomelor dă de bănuit că se instalează o complicaţie microbiană susceptibilă de acest tratament.

Supuraţiile pulmonare

Sînt pneumopatii caracterizate prin procese inflamatoare bronho-pulmonare, însoţite de o stare de infecţie, cu expectoraţie abundentă muco-purulentă. Pot să fie primare (apărute la un plămîn normal) sau secundare, complicaţii ale pneumoniilor bronhopneumoniilor, bronşitei cronice, dila-

Scanned with OKEN Scanner

tăţiilor de bronhii, cancerului pulmonar, chisturilor sau afecţiunilor parazitare.

Abcesul pulmonar

Este provocat de cei mai feluriţi microbi pătrunşi prin aspiraţie (în apoplexii, eclampsii, narcoză prin inhalare, paralizia înghiţirii, după amigdalectomii, sinuzite, cancer al laringelui sau al bronhiilor, înec, corpi străini). Uneori apare ca o metastază septică (însămînţare a unui proces infecţios la distanţă). Orice pneumonie poate să ducă la constituirea unui abces. Boala începe ca o pneumonie (cu febră, frison, junghi toracic, tuse, expectoraţie), aceasta se prelungeşte, febra creşte şi expectoraţia se accentuează, ajungînd pînă la cantităţi care depăşesc uneori 1/4—1/2 kg puroi pe zi, uneori foarte urît mirositor. Cînd abcesul se deschide într-o bronhie, bolnavul poate să „verse" o cantitate foarte mare de puroi prin bronhii, ceea ce se cheamă *vomică*. În faţa unui tablou clinic ca al abcesului pulmonar va fi chemat în orice caz medicul, tratamentul fiind complex (igieno-dietetic, antiinflamator şi antiinfecţios general şi local, simptomatic şi uneori chirurgical).

Bronşiectaziile (dilataţii de bronhii)

Nu au decît un tratament chirurgical (cînd sînt limitate), deoarece modificarea anatomică este definitivă. Tratabile sînt numai fenomenele de supuraţie bronşică (acută sau cronică), dezvoltate pe acest fond, ca şi variatele tulburări funcţionale consecutive. Diagnosticul se precizează pe baza istoricului, datelor clinice, imaginii radiologice (cu sau fără bronhografie). Tratamentul este complex şi nu îngăduie păreri „personale", care pot să fie greşite, mai ales cu privire la antibiotice. Bineînţeles că, fiind o boală cronică, bolnavul care ia contact repetat cu medicul, se va deprinde cu ce trebuie să facă la un moment dat, în faţa manifestărilor ulterioare ale bolii.

Emfizemul pulmonar

Este o boală caracterizată prin degenerarea ţesutului elastic pulmonar, prin destinderea exagerată şi scăderea puterii de contracţie a alveolelor pulmonare, cu tulburări consecutive în ceea ce priveşte primenirea aerului din plămîni şi schimburile de gaze între sînge şi aerul atmosferic. Plămînul este în permanenţă „umflat". Boala are cauze variate: tabagism, bronşite, astm cronic, boli care astupă parţial sau temporar căile aeriene, anumite profesiuni (suflători de sticlă sau în instrumente muzicale de lemn sau de alamă), deformări toracice, scleroze prin tuberculoză, silicoză, vîrstă înaintată sau unele intervenţii chirurgicale pe torace. Simptomele (tusea, expectoraţia, dispneea) sînt variabile şi în grade diferite nuanţate, necaracteristice. Tratamentul este mai mult etiologic (combaterea cauzelor) şi profilactic (evitarea în continuare a acestora), pentru că un ţesut care şi-a pierdut elasticitatea nu şi-o mai poate recăpăta. Un elastic uzat nu se poate regenera: trebuie înlocuit cu unul nou, ceea ce deocamdată, pentru plămîni, nu este cu putinţă. În orice caz se pot obţine „uşurări" prin tratarea bronşitelor cronice şi a astmului bronşic. Se va depune o muncă fizică moderată, neobositoare; vor fi urmate regulile igieno-dietetice prescrise, gimnastică expiratorie de cî-

Scanned with OKEN Scanner

teva ori pe zi. În dispneea accentuată nu se recomandă oxigenul. Se va suprima definitiv tutunul.

Astmul bronșic

Este o boală cu tablouri clinice variate, ale cărei simptome principale sînt spasmul bronșic și hipersecreția bronșică și care se caracterizează prin greutate în expirație, cu bronșită de diverse grade, adesea cu fenomene alergice însoțitoare. Întîlnim astmul sub formă de *criză izolată* (care este separată de altă criză prin perioade variabile, luni sau ani), stare de rău astmatic cu evoluție continuă (cîteva săptămîni) și care poate să fie deosebit de gravă prin intensitatea ei și *astmul grav* cu dispnee continuă, cu paroxisme. Diagnosticul, pus numai de medic, se bazează pe un interogatoriu foarte atent, pe datele clinice, examenele sanguine, examenul inimii și probele funcționale respiratorii. În timpul accesului acut (pînă la venirea medicului, care va fi chemat imediat) se vor da aspirină, antispastice și dilatatoare ale bronhiilor (Miofilină, Lizadon, tablete de efedrină, Asmofug, 15—20 picături de tinctură de beladonă, inhalare de Navodrin). Importantă este tratarea „fondului", a cauzelor care au declanșat astmul. Astfel, între crize se va face tratamentul general și anume: înlăturarea eventualei cauze care a provocat alergia, ducerea unei vieți liniștite, în aer uscat, evitarea agenților iritanți pentru mucoasa respiratorie, gimnastică respiratorie, hidroterapie călduță, calmante, toate la indicația medicului. Se vor trata, de asemenea, factorii de întreținere și de agravare: afecțiunile căilor respiratorii (polipi, sinuzite, amigdalite, focare infecțioase dentare), tulburările endocrine (hiperfoliculinemia — există astmuri premenstruale, în sarcină și la menopauză), bolile digestive și de nutriție (litiază biliară sau renală, colite, obezitate etc.).

Bolile pleurei

Inflamarea pleurei însoțește aproape totdeauna o îmbolnăvire a plămînului, date fiind raporturile de strînsă vecinătate. Cauza îmbolnăvirii pleurei este de cele mai multe ori tuberculoza, mai rar reumatismul, bolile de inimă, pneumoniile acute bacteriene sau virotice, traumatismele toracice, tumorile organelor din torace. Se poate întîlni o pleurită uscată (fără lichid în cavitatea pleurală) și o pleurezie, formă în care pleura bolnavă fabrică un lichid (limpede sau tulbure, subțire sau gros), care așezat fiind între cele două foițe împinge plămînul, pe care îl desprinde de torace. În fața unor simptome, cum sînt febra, junghiul toracic puternic, tusea uscată și greutatea în respirație (pe lîngă lipsa poftei de mîncare și senzația de oboseală), ne putem gîndi la posibilitatea unei boli a pleurei. În primele zile, cînd pleura inflamată este dureroasă, bolnavul nu poate să stea culcat pe partea bolnavă; dimpotrivă, cînd apare lichidul, bolnavul preferă să stea culcat pe partea bolnavă, ca să respire în voie cu partea sănătoasă. Prin examen clinic, de laborator și radiologic se precizează diagnosticul și se stabilesc și măsurile terapeutice corespunzătoare, unele destul de complicate. Pînă vine medicul se recomandă calmante ale febrei, durerilor (aspirină, piramidon, antinevralgice) și tusei.

Scanned with OKEN Scanner

Pneumoconiozele

Sînt boli în care are loc o sclerozare progresivă a plămînului, ca urmare a inhalării profesionale a unor pulberi vegetale, minerale și animale, care irită și provoacă reacții inflamatoare ale bronhiilor și plămînilor (mineri, pielari, săpunari, muncitori la prelucrarea azbestului, muncitori textiliști, cioplitori în piatră). Tratamentul preventiv este de domeniul igienei industriale: protecție (mască, sisteme de aspirare și aerisire, umezirea substanțelor de extras), supraveghere medicală și control radiologic al persoanelor expuse și întreruperea expunerii (schimbarea locului de muncă) în cazul că survin semne de agresiune a nocivităților amintite (tuse, dispnee, alterarea stării generale, tulburări nervoase, modificări radiologice). În privința tratamentului, acesta este de resortul medicului.

Atitudinea în fața unei boli a aparatului respirator

În general, într-o boală a aparatului respirator este mai puțin important ca bolnavul să cunoască toate simptomele bolii și să-și „pună singur diagnosticul"; el trebuie să fie orientat în privința a ceea ce trebuie să facă în primele momente ale bolii pînă solicită asistența medicului și mai ales în privința momentului în care trebuie să cheme medicul sau să se prezinte la dispensar. Bineînțeles că în fața unei urgențe a aparatului respirator, precum și în prezența unor simptome alarmante, ca febră mare, frisoane puternice, junghi toracic intens, dispnee mare, hemoptizie, cianoză (colorarea albastră-vînătă a pielii feței, a extremităților, a buzelor), medicul va fi chemat îndată, pentru că orice tratament greșit poate să fie fatal.

În fața unei răceli banale, mai ales într-o epidemie de gripă (ridicarea temperaturii, guturai, dureri ușoare în gît, tuse și expectorație moderate), bolnavul poate să se îngrijească singur cu aspirină, piramidon, dezinfecția nasului și gurii, siropuri de tuse sau calmante ale tusei, ventuze, cataplasme cu muștar, vată termogenă, vitamina C și, în primul rînd și cel mai important, repaus la pat. Dacă însă tulburările se prelungesc mai mult de cîteva zile sau se agravează brusc sau progresiv, cu toate măsurile luate, putînd să fie vorba de o complicație care să necesite un tratament mai complex și mai energic, este de dorit ca bolnavul să nu-și mai facă singur tratamentul.

O mare greșeală este autotratamentul cu antibiotice, ori de cîte ori este vorba de o gripă simplă, o răceală obișnuită, o ușoară durere în gît, un guturai, o tuse banală sau chiar o durere de cap sau o indispoziție trecătoare. Antibioticele vor fi luate *numai la recomandarea medicului*, deoarece numai acesta știe *cînd* și *cum* trebuie să fie date aceste medicamente, a căror eficacitate și valoare pot să se deprecieze printr-un tratament incorect atît ca timp, cît și ca doză. Este pe deplin demonstrat că antibioticele nu au nici o acțiune asupra infecțiilor cu virusuri (printre care și gripa) și că administrarea lor este indicată numai în cazurile cînd gripa se complică prin suprainfectarea cu microbi, ca streptococul, stafi-

Scanned with OKEN Scanner

lococul, pneumococul și alții. Un tratament neindicat cu antibiotice poate să ducă la instalarea rezistenței la aceste medicamente a unor germeni și să lase organismul dezarmat în fața unei eventuale infecții. În acest caz, organismul nu ar putea să mai beneficieze de acțiunea antibioticelor, ca în cazul cînd ele ar acționa pe un teren virgin, cu microbi sensibili. De asemenea, prescripția medicală este obligatorie în tratarea cu antibiotice a unei boli a aparatului respirator, deoarece o astfel de prescripție se bazează pe antibiograma germenilor aflați în spută, în secrețiile nazale, sinuzale sau faringiene, adică pe o analiză prealabilă care — în linii mari — indică antibioticul la care sînt sensibili germenii care au provocat boala.

Scanned with OKEN Scanner

Calmantele tusei
nu se iau la întîmplare

Calmantele sînt indicate în :

- Tusea seacă, fără expectoraţie, din prima fază a traheobronşitei acute.
- Orice tuse violentă, spasmodică, chintoasă, excesivă, chinuitoare.
- Tusea cu punct de plecare la nivelul pleurei (pleurezii).
- Tusea în tuberculoza pulmonară, hemoptizii.

Calmantele sînt inutile sau direct contraindicate în :

- Tusea coaptă, cu expectoraţie, din faza a II-a a bronşitei acute.
- Tusea din bronşita cronică a vechilor fumători şi din supuraţiile pulmonare, zisă şi „tuse utilă", pentru că ajută la curăţirea căilor respiratorii.
- Tusea provocată reflex de guturai. Aici simpla desfundare a nasului (Rinofug, Fedrocain, Mentorin) suprimă ca prin minune tusea.

De unde se vede că raţionamentul elementar **„tuşesc, să iau un calmant al tusei"** nu este totdeauna şi cel corect. Se impune o concluzie, valabilă de altfel în numeroase alte situaţii : medicina operează cu raţionamente mai complicate, este deci preferabil să-l rugăm pe **medic** să raţioneze în locul nostru.

Scanned with OKEN Scanner

6

Aparatul digestiv

- Necesitatea unei alimentații echilibrate și complete 84
  - Alimentele și soarta lor în organism 84
  - Cerințele alimentare ale organismului 90
  - Echilibrarea rației alimentare 91
- Prepararea rațională a mîncării . 93
  - Carnea și peștele 93
  - Ouăle 93
  - Laptele 94
  - Leguminoasele uscate și cerealele 95
  - Grăsimile 95
  - Legumele 95
  - Pastele făinoase și aluaturile . 97
  - Fructele 98
  - Sosurile 99
- Boala ulceroasă 100
  - Evoluția și complicațiile ulcerului 102
  - Regimul de viață al bolnavului de ulcer 104
  - Tratamentul bolii ulceroase . 104
  - Regimul alimentar în boala ulceroasă 106
- Bolile de ficat 109
  - Regimul de viață al bolnavului de colecistită 110
  - Ce trebuie făcut în criza de ficat ? 111
  - Hepatita cronică 111
  - Regimul de viață al bolnavului de hepatită cronică . . . 112
  - Regimul de viață în convalescența hepatitei epidemice . . 113
  - Regimul alimentar în bolile ficatului și ale căilor biliare . 114
- Constipația 115
  - Reguli de alimentație în constipație 116
- Colita 117
  - Reguli de alimentație în colită 118
- Diareea 122
- Diabetul zaharat 122
  - Cauzele diabetului 122
  - Mecanismul îmbolnăvirii . . 123
  - Complicațiile diabetului . . 125
  - Tratamentul diabetului . . . 125
  - Accidentele tratamentului cu insulină 128
  - Diabetul dezechilibrat — acidoza 128
- Obezitatea 129
  - Cauzele obezității 130
  - Tratamentul obezității . . . 133
  - Prevenirea obezității . . . 134
- Stările de slăbire 135

Necesitatea unei alimentații echilibrate și complete

Alimentele și soarta lor în organism

Bătăile inimii, digestia, urcatul unei scări, scrisul unei scrisori, menținerea constantă a temperaturii corpului și orice activitate se desfășoară cu un consum de energie. Această energie provine din alimente și este valorificată și transformată în organism potrivit necesităților. Sub ma-

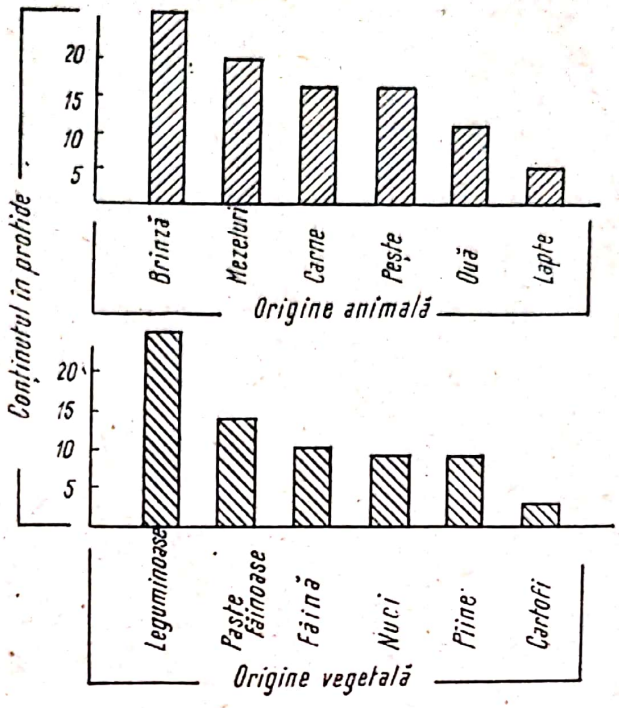


Fig. 25. — Conținutul în protide al cîtorva alimente.

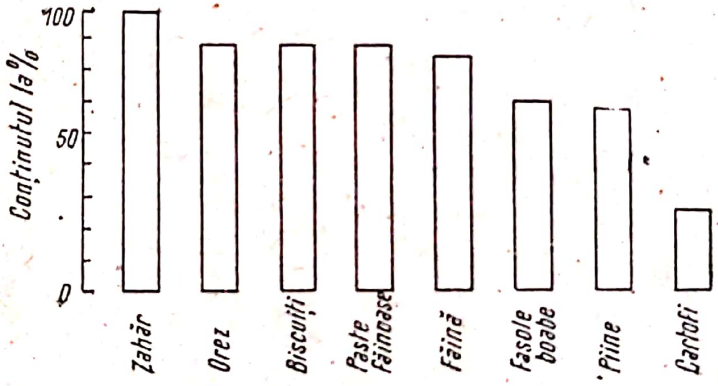


Fig. 26. — Conținutul în glucide al cîtorva alimente.

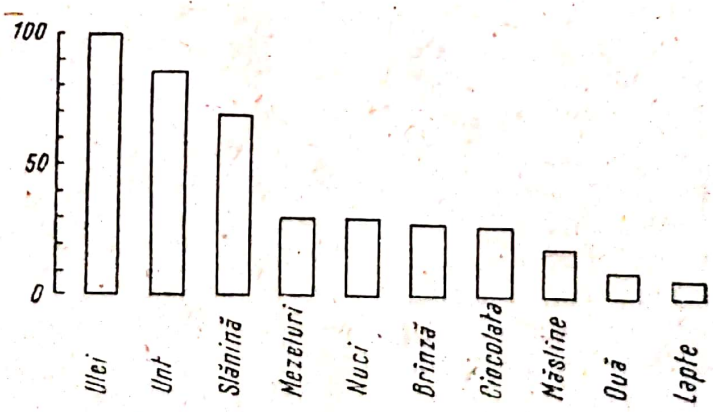


Fig. 27. — Alimente bogate în lipide.

rea lor diversitate, alimentele sînt combinații ale numai trei substanțe chimice complexe, numite substanțe nutritive sau nutrimente : glucidele (zaharurile), protidele (albuminele) și lipidele (grăsimile). Acestea, la rîndul lor, sînt compuse din combinații chimice mai simple, ca : glucoza, zahărul cu 6 atomi de carbon, acizii aminați, constituenți de bază ai protidelor și, în sfîrșit, acizii grași și glicerina, care intră în compoziția lipidelor.

Orice aliment natural este compus din două sau trei substanțe nutritive. Astfel, pîinea este compusă din glucide (amidon) și protide (gluten), laptele din glucide (lactoză), protide (cazeină) și lipide (unt), carnea din protide și lipide. Unele alimente preparate industrial conțin substanțe nutritive în stare pură : zahărul este compus din 100% glucide, iar uleiul din aproape 100% lipide. Nici un aliment natural sau industrial nu conține însă 100% protide. Praful de lapte este din acest punct de vedere alimentul cel mai bogat, deși conține numai 30—40% protide.

Rolul nutrimentelor în organism este diferit. Glucidele și lipidele sînt folosite ca sursă de energie propriu-zisă, fiind deci substanțe cu rol *energetic*. Spre deosebire de acestea, protidele au rolul de a repara uzura continuă a țesuturilor care compun organismul, adică un rol *plastic*. Este de la sine înțeles că hrana trebuie să aducă organismului tot atîta energie, cît consumă acesta. Cînd hrana este sub necesități, organismul, spre deosebire de o mașină în criză de combustibil, nu se oprește. Oprirea „mașinii umane" este incompatibilă cu viața. În aceste condiții, organismul își menține numeroasele funcții, suplinind hrana cu propriile lui rezerve de combustibil, care sînt grăsimile acumulate în corpul nostru. Cînd și acestea au fost consumate urmează să fie arse propriile țesuturi. În acest din urmă caz, însă, organismul își încetinește „ritmul vital" ; flacăra arde mai încet, pîlpîind, în scopul economisirii unui combustibil scump și pe sfîrșite. De aceea semnele cele mai izbitoare ale insuficienței rației alimentare sînt pe de o parte slăbirea în greutate și pe de alta oboseala, scăderea puterii de muncă.

La polul opus acestei situații, cînd hrana este prea bogată, organismul începe prin a risipi combustibilul suplimentar : flacăra cu care comparăm viața arde mai viu. Dacă rația alimentară continuă să depășească cheltuielile în energie ale organismului, atunci acesta începe să facă rezerve și stochează sub formă de grăsime excedentul de hrană, ceea ce se traduce prin îngrășare.

Se desprinde deci ideea că există, în ceea ce privește hrana, un optim cantitativ care corespunde cu precizie aproape matematică cheltuielilor organismului. Această cantitate optimă se numește „rațională".

Pentru a-și îndeplini rolurile, hrana suferă o serie de transformări pe care le vom grupa în două etape : *digestia*, adică prefacerile suferite de alimente în tubul digestiv ; *metabolismul*, adică transformările suferite de substanțele nutritive, după ce au fost absorbite din tubul digestiv și pînă la încorporarea lor în propriile noastre țesuturi sau pînă la arderea lor și eliminarea resturilor nefolositoare rezultate din această ardere.

Progresele făcute cu ajutorul radioizotopilor ne dau o imagine destul de exactă asupra acestor transformări. S-a observat că glucoza, acizii aminați, acizii grași și glicerina nu mai păstrează nimic din specificul alimentului din care au provenit.

Scanned with OKEN Scanner

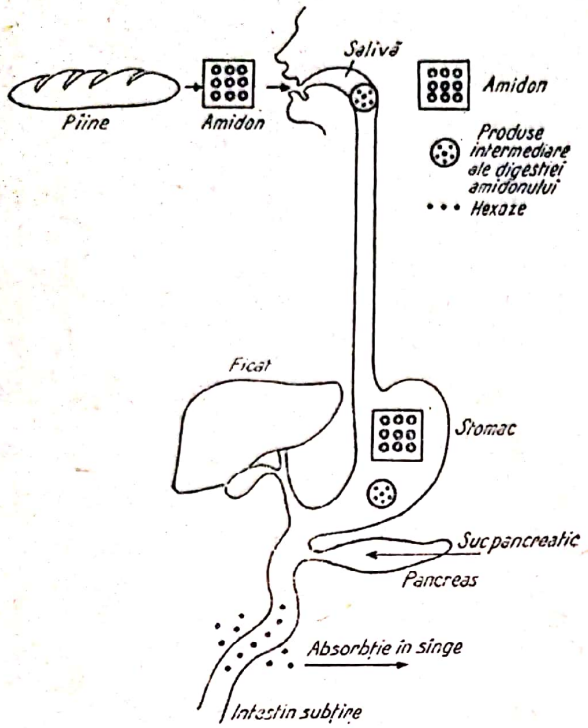


Fig. 28. — Digestia amidonului.

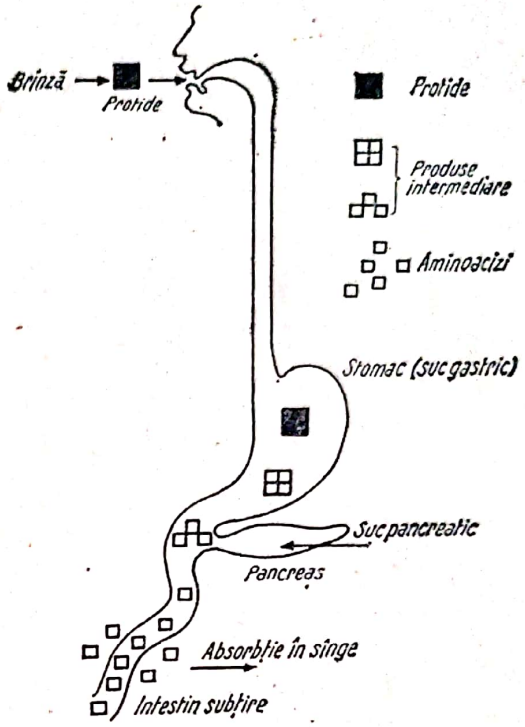


Fig. 29. — Digestia protidelor.

Fie că rezultă din protidele din carne, fie din protidele din brînză, aminoacizii, de exemplu, nu mai pot fi identificați după alimentul care i-a eliberat. Ei se vor absorbi treptat, prin pereții intestinului subțire, în următoarele 6—10 ore după masă. După trecerea acestor substanțe în sînge și limfă începe metabolismul propriu-zis.

Produsele digestiei vor circula în ceea ce se numește „mediul intern". Spre deosebire de protozoare, organisme primitive care depind exclusiv de compoziția mediului extern în care trăiesc, ființele evoluate și-au creat propriul lor mediu. Acesta este mediul intern, constituit de sînge, limfă și lichidul interstițial, care scaldă fiecare celulă a organismului. Celulele retrag din mediul intern cantitatea de nutrimente necesare, potrivit activității și necesităților lor energetice proprii. Astfel, mușchii, în

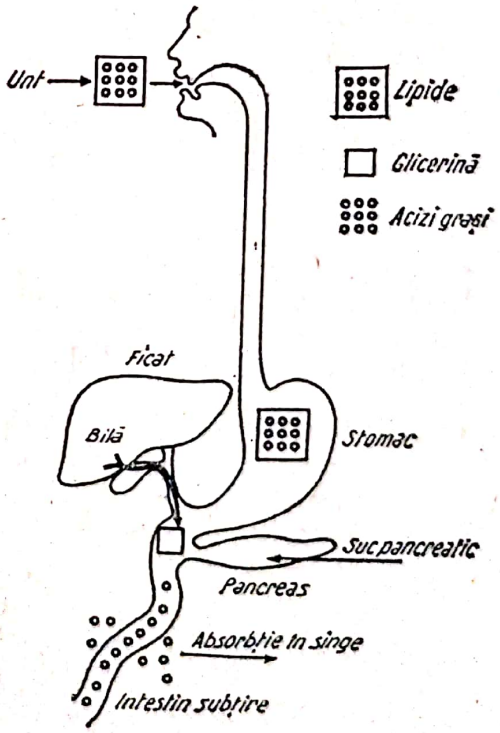


Fig. 30. — Digestia grăsimilor (lipide).

cursul unui efort, vor primi mai mult sînge, deci oxigen, glucoză și acizi grași, decît primeau în timpul repausului.

echilibru perfect, care se traduce în mare prin constanța greutății organismului și a volumului fiecărui organ component. Trebuie să ne închi-

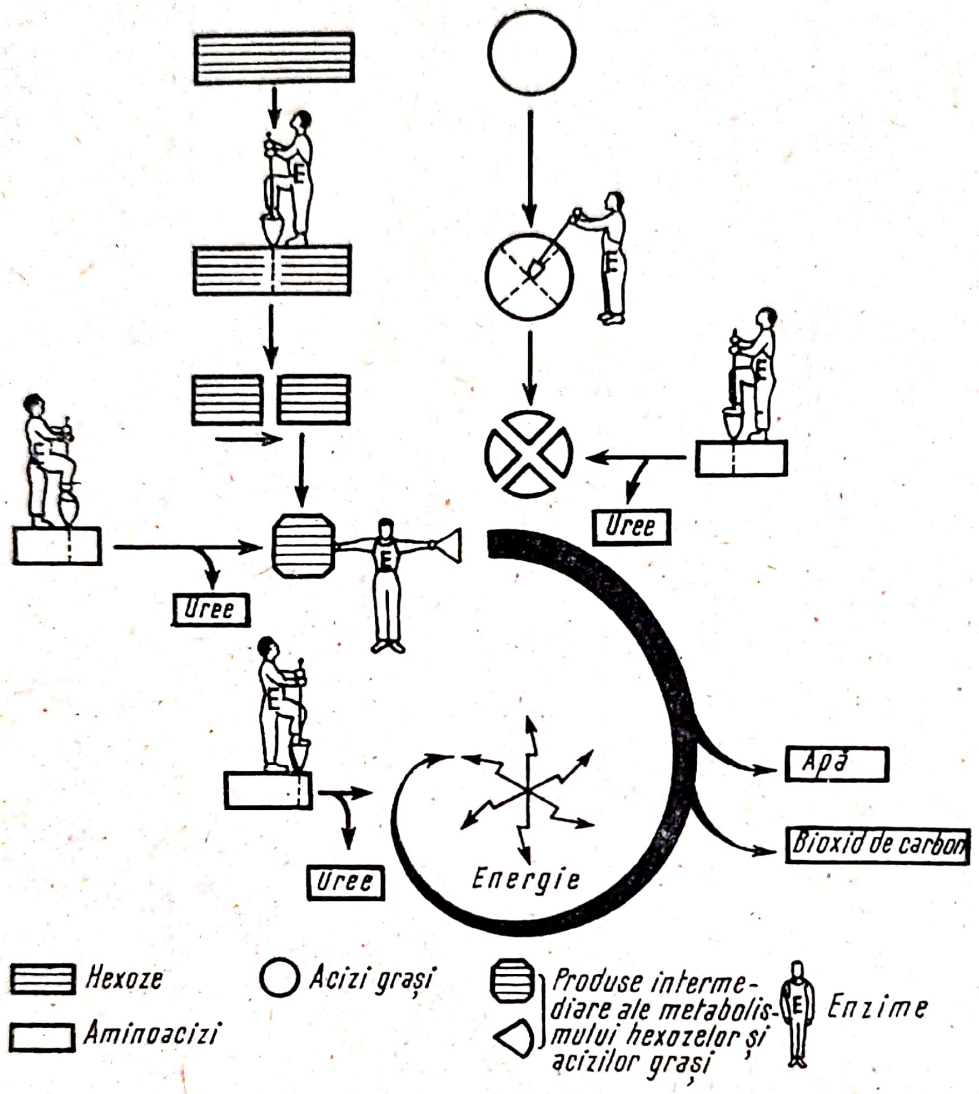


Fig. 31. — Schema simplificată și figurată a metabolismului.

Metabolismul cuprinde, în mare, un dublu curent : unul duce la acumularea substanțelor rezultate din digestie în propriile țesuturi ale organismului, iar celălalt curent, de sens contrar, duce la descompunerea unei părți din rezervele organismului, în scopul eliberării energiei necesare funcțiilor vegetative și ale vieții de relație. Între aceste două curente există, în condiții normale, un

puim acest dublu curent metabolic ca fiind prezent în fiecare celulă a corpului.

În concluzie, organismul cunoaște o continuă reînnoire a fiecărei molecule constituente. S-a spus cu drept cuvînt că nici una din miliardele de celule ale corpului nu are vîrsta individului respectiv (cu excepția anumitor celule nervoase) ; ele se reînnoiesc mereu.

Eliberarea energiei necesare din materialul nutritiv brut absorbit din tubul digestiv se obţine graţie unui „motor metabolic“ constituit din ansamblul fermenţilor (enzimelor) din ţesuturi. Orice celulă are un aşa-numit „echipament enzimatic“, cu ajutorul căruia descompune substanţele nutritive şi le recompune sub formă de molecule proprii refacerii uzurii tisulare.

În mare, extragerea energiei conţinute în materialul nutritiv constă dintr-o oxidare cu ajutorul oxigenului atmosferic a produselor rezultate din digestie. Această oxidare se deosebeşte de o simplă ardere numai prin ritmul reacţiei. Este uşor de înţeles că o oxidare bruscă a carbonului sau hidrogenului conţinut în acizii graşi sau în glucoză ar fi incompatibilă cu materia vie, deoarece s-ar însoţi de o eliberare prea mare, explozivă, de energie care ar distruge ţesutul viu. S-a demonstrat experimental că descompunerea materialului nutritiv poate avea loc şi în afara organismului la temperatura corpului omenesc (37°), dar necesită în acest caz o aciditate atît de puternică a mediului, încît este incompatibilă cu viaţa. În aceste condiţii, descompunerea are loc abia după cîteva luni de menţinere a moleculelor nutritive în condiţiile menţionate. Acelaşi proces se poate desfăşura în eprubetă la fel de repede ca în organism, dar necesită în acest caz o temperatură de peste 100° şi o presiune şi aciditate, de asemenea, incompatibile cu viaţa.

Ajungem, aşadar, să înţelegem rostul enzimelor tisulare : ele mijlocesc printr-un proces catalitic reacţiile de descompunere a glucozei, aminoacizilor şi acizilor graşi aduşi cu hrana, făcînd posibilă eliberarea treptată, totuşi relativ rapidă, a energiei conţinută în ele, printr-o oxidare ce are loc în condiţii de mediu, presiune şi temperatură compatibile cu viaţa celulară. În constituţia unei enzime intră, alături de o moleculă de natură protidică, o grupare activă, de cele mai multe ori una din vitaminele complexului B şi, de asemenea, substanţe minerale cu rol catalitic. Cum uzura enzimelor este mai mare decît a ţesuturilor propriu-zise, se înţelege ce importanţă are pentru refacerea acestora o hrană echilibrată, care să aducă nu numai lipide şi glucide, dar şi protide, vitamine şi săruri minerale în cantitate suficientă.

Prefacerile treptate ale substanţelor nutritive provenite din hrană constau în esenţă, după cum am arătat, din oxidarea carbonului şi hidrogenului conţinute în alimente. Această oxidare „în scară“ face ca, pe fiecare treaptă, să apară un produs mai oxidat şi totodată mai simplu decît glucoza, acizii graşi şi aminoacizii din care provin. În cele din urmă se ajunge la combinaţii din care organismul nu mai poate extrage energie : acestea sînt bioxidul de carbon şi apa, eliminate ca deşeuri ale „maşinii umane“, prin plămîni şi rinichi. Comparaţia cu fumul scos de o sobă care arde cărbuni este sugestivă.

Proteinele cuprinzînd şi azot pe lîngă carbon, hidrogen şi oxigen, din ele va rezulta în cele din urmă şi uree (în afară de bioxid de carbon şi apă), compus mai oxidat şi mai simplu decît aminoacizii absorbiţi din intestin.

Iată, aşadar, cum atomii de carbon, hidrogen, oxigen şi azot conţinuţi în alimente vor străbate într-un ritm anumit ţesuturile organismului şi vor fi eliminaţi în aerul expirat şi în urină la cîteva zile după ingestia alimentului din care provin.

Scanned with OKEN Scanner

Cerințele alimentare ale organismului

Din această succintă prezentare a metabolismului putem desprinde necesitățile de nutrimente ale organismului și rațiunea lor.

Protidele sînt indispensabile în măsura în care trebuie să furnizeze pietrele de construcție (acizii aminați) țesuturilor organismului. Valoarea lor alimentară este inegală : cele de origine animală sînt mai apte să răspundă acestui deziderat decît cele de origine vegetală. Ca atare, rația zilnică de protide trebuie să cuprindă cel puțin 50% protide animale, restul putînd fi furnizat de cele vegetale. Cantitatea de protide necesară zilnic unui adult sănătos este de 1 gram pe kilogram greutate a corpului, ceea ce înseamnă că pentru un om de 65 kilograme, rația protidică trebuie să fie de 65 grame. Această cantitate poate fi, de exemplu, furnizată de următoarele alimente :

carne	100 grame
lapte	1/2 litru
sau	
lapte	1/4 litru
un ou	
pîine	300 grame
sau	
brînză	75 grame
pîine	100 grame
fasole boabe	100 grame

Glucidele sînt furnizate omului fie sub formă de făinoase (amidon), ca pîinea, pastele făinoase, orezul, fie ca dulciuri, cum sînt zahărul, marmelada, dulceața. Ele constituie cea mai mare parte din rația alimentară, fiind furnizoarele principale de energie împreună cu lipidele.

Lipidele. Acestea sînt de origine animală sau vegetală. Cercetările în domeniul nutriției au pus în evidență necesitatea grăsimilor vegetale în alimentația omului, ele fiind furnizoare exclusive de acizi grași nesaturați, cu rol în protecția pielii și mai ales în prevenirea aterosclerozei (depunerea de lipide în pereții arterelor).

Vitaminele sînt substanțe pe care omul nu le poate sintetiza, necesare zilnic în cantități de ordinul miligramelor și care au în organism, în general, un rol biocatalitic (enzimatic). Ele au fost împărțite în două grupe: grupul celor ce se dizolvă în grăsimi (vitamine liposolubile) și grupul celor ce se dizolvă în apă (hidrosolubile). În primul grup intră vitaminele care au un rol în reglarea funcțiilor anumitor țesuturi, de multe ori în sinergie sau în antagonism cu acțiunea unor hormoni, pentru care motiv s-au și numit „hormono-vitamine". Din acest grup fac parte vitaminele A, D, E și K. Al doilea grup este compus din vitamine cu rol în special biocatalizator, care sprijină acțiunea unor enzime sau intră chiar în compoziția lor, pentru care motiv s-au numit „enzimo-vitamine". Fiind hidrosolubile, ele se elimină mai ușor din organism, care nu le poate depozita, ca pe cele liposolubile. De aceea, necesitatea aportului zilnic de vitamine, lege valabilă pentru ambele grupuri, este mai ales imperativă în privința celor hidrosolubile. Din acest ultim grup fac parte vitaminele B și C. Răspîndirea lor în natură este foarte mare, motiv pentru care o alimentație cît de cît variată și echilibrată asigură de regulă aportul zilnic necesar de vitamine.

Sărurile minerale. Substanțele nutritive din acest grup pot fi împărțite în două categorii : unele din ele, cum sînt calciul și fosforul, prezente în organism în cantități mari, intră chiar în constituția unor țesuturi, iar altele sînt așa-numitele oligoelemente, necesare în cantități foarte mici.

Scanned with OKEN Scanner

În prima grupă, afară de calciu și fosfor, mai intră sodiul și potasiul. Din a doua categorie fac parte fierul, iodul și fluorul. Fierul intră în compoziția pigmentului sanguin (hemoglobina), iodul are un rol în funcția tiroidei, iar fluorul asigură menținerea integrității dinților, împiedicînd formarea cariilor. Lipsa de calciu este de temut în cazul unei alimentații prea sărace în lapte și brînză, iar cea de fier într-o alimentație lipsită de carne și legume verzi.

Apa. Spre deosebire de substanțele nutritive enumerate mai sus, apa nu are nici rol energetic sau plastic, nici rol biocatalitic. Este însă suficient să precizăm că circa 60—70% din greutatea corpului omului este reprezentată numai de apă și că toate procesele vitale și metabolice menționate pînă acum au loc în mediu celular apos. Aceasta face ca lipsa de apă să fie mai repede resimțită decît lipsa de hrană, astfel că, dacă omul poate rezista la lipsa completă de alimente pînă la 30 de zile sau chiar mai mult, lipsa de apă îl omoară în cîteva zile.

Ceaiul și cafeaua sînt, în anumite limite, stimulente nepericuloase ale sistemului nervos, utile în profesiunile sau ritmul de viață care impun o oarecare acuitate nervoasă. Abuzul însă duce fie la intoxicații, manifestate prin insomnie, nervozitate și palpitații, fie la pierderea efectului lor stimulent, prin obișnuință. Prin limitarea la 1—2 cești de ceai și de cafea neagră pe zi, aceste riscuri sînt evitate.

Echilibrarea rației alimentare

Din prezentarea făcută rezultă că nu există alimente absolut complete, care să aducă toți factorii nutritivi în cantități adecvate nevoilor organismului. Chiar laptele, socotit printre cele mai complete alimente, are unele lipsuri în compoziția sa nutritivă și, administrat ca unic aliment, nu poate asigura corecta dezvoltare a organismului decît pînă la o anumită vîrstă.

Pentru ușurarea alcătuirii unei alimentații raționale, adică *calitativ* complete, alimentele s-au împărțit în șapte grupe, fiecare cuprinzînd produse de valoare nutritivă similară. Acestea sînt :

1. **Laptele și brînzeturile.**
2. **Carnea și peștele.**
3. **Ouăle.**
4. **Produsele derivate din cereale și leguminoase uscate.**
5. **Legumele, fructele, zarzavaturile.**
6. **Zahărul și produsele zaharoase.**
7. **Grăsimile alimentare.**

Prima grupă este bogată în protide, calciu, vitaminele A, D și B_2. A doua și a treia, în protide și fier. A patra ne aduce cea mai mare parte din caloriile rației sub forma amidonului din cereale și de asemenea vitamina B_1. A cincea este bogată în vitamine și săruri minerale. A șasea este formată din glucide concentrate și, în cazul marmeladei sau gemului, procură săruri minerale și vitamine, utile în anotimpul cînd nu se găsesc fructe crude.

Ultima grupă conține alimente bogate în lipide, deci furnizoare de calorii.

Așadar, fiecare grupă de alimente, din cele șapte menționate, ne aduce în cantitate mare numai o serie de nutrimente. Dacă am consuma alimente numai dintr-un singur grup riscăm să depășim nevoile organismului în factorii respectivi și să-l carențăm în factorii slab reprezentați sau absenți din aceste alimente. Deci, pentru a nu dezechilibra rația și pentru a asigura coexistența tuturor substanțelor nutritive, este necesar ca în hrana zilnică să existe măcar un aliment din fiecare grupă. În felul ace-

Scanned with OKEN Scanner

sta contribuim la echilibrarea alimentației din punct de vedere *calitativ*.

O metodă expeditivă și la îndemîna oricui de apreciere a celuilalt aspect al rației — aspectul *cantitativ* — este urmărirea greutății corporale. Dacă nu există vreo cauză patologică care să modifice greutatea corpului, atunci, prin controlul greutății, putem verifica dacă rația alimentară este cantitativ suficientă sau insuficientă sau dacă depășește nevoile organismului. Supraalimentația va duce la creșterea greutății corporale prin acumulare de grăsimi ; subalimentația va face să scadă greutatea sub valorile optime.

Pentru adulți, greutatea fiziologică se poate determina foarte ușor, socotind că ea trebuie să fie în general egală cu numărul de centimetri cu care înălțimea depășește 1 metru. De exemplu, pentru o înălțime de 155—165 centimetri, greutatea trebuie să fie dată de formula Gr = T — 100 *, pentru înălțimea de 166—175 centimetri de formula Gr = T — 105, iar pentru înălțimea de 176—185 centimetri de formula Gr = T — 110. Se admit abateri în plus sau în minus de 10 %.

Fig. 32. — Cele 7 grupe de alimente esențiale.

* **Gr** : greutatea corpului exprimată în kilograme ; **T** : talia exprimată în centimetri.

Prepararea rațională a mîncării

Bucătăria tradițională, cu abuzul ei de prăjeală în untură sau ulei, cu adaosul sistematic de ceapă sau usturoi, cu excesul de condimente iuți sau acre, poate transforma ușor o alimentație echilibrată și completă într-o cauză de îmbolnăvire. Majoritatea gastritelor cu hiperaciditate, a colecistopatiilor sau colitelor, se datoresc unui mod nesănătos de preparare a alimentelor. În cele ce urmează reproducem cîteva principii de preparare rațională a mîncării, cu scopul de a mări digestibilitatea alimentelor.

Carnea și peștele

Prăjirea cărnii, mod de preparare încă destul de mult folosit, este foarte nesănătoasă. Grăsimea încinsă cu care se îmbibă carnea este iritantă pentru stomac, prelungind prea mult digestia. Este mult mai rațională prepararea cărnii prin fierbere sub formă de rasol, frigere la cuptor sau pe grătar sau înăbușire. Pe grătar, carnea este transformată chimic și fizic prin expunerea la radiații calorice luminoase. Carnea trebuie pusă pe un grătar foarte bine înfierbîntat, pentru ca protidele să se coaguleze imediat la suprafață, oprind scurgerea sucului din interior. Pentru a evita lipirea cărnii, grătarul trebuie uns cu grăsime. Aceasta nu ajunge să se descompună, deoarece se scurge de pe grătar cînd devine lichidă. Pentru ca să nu se carbonizeze la exterior înainte de a se coace la interior, bucata de carne nu trebuie să fie prea groasă, grosimea de 3 centimetri fiind cea mai potrivită. Gospodina nu trebuie să uite că nu se sărează carnea care se pune pe grătar decît după ce s-a fript, deoarece sarea extrage sucul din interior și friptura iese uscată. În plus, din cauza picăturilor de apă nu se mai poate forma crusta caramelizată de la suprafața cărnii.

Frigerea cărnii la cuptor se bazează pe aceleași principii ca și frigerea la grătar, cu deosebirea că frigerea se face prin radiațiile calorice obscure. Carnea se unge cu unt sau mai bine cu ulei, deoarece acesta nu se descompune decît dincolo de 300 grade. Se adaugă de la început puțină apă. Încălzirea se face la foc încet. Pentru a evita formarea crustei îmbibată cu grăsime, care este dăunătoare pentru stomac, la nevoie se recomandă să se învelească bucata de carne într-o hîrtie pergament, care va absorbi grăsimea, în timp ce carnea va fierbe înăuntru, în propriul ei suc.

A coace carnea înăbușit înseamnă a-i schimba compoziția chimică și fizică, expunînd-o la vapori de apă la 100 grade, într-un vas închis. În apă se pot adăuga diverse condimente ca dafin, piper, tarhon, mărar, pentru ca aburii aromatizați să dea mai multă savoare cărnii. Unele substanțe din carne se scurg în apă, formînd sucul, care dă gustul deosebit fripturii preparate în acest fel.

Ouăle

Sub influența căldurii, gălbenușul de ou se îngroașă către 65 grade; diluat cu apă se coagulează abia la 75 grade. Temperatura de coagulare crește și mai mult dacă gălbenușul este diluat cu lapte. Cel mai sănătos fel de a prepara oul este fierberea în coajă pînă la coagularea incompletă (ou moale), sau cufundarea lui, după ce a fost spart, în apă clocotită, ușor acidulată în prealabil cu oțet, care grăbește coagularea pro-

Scanned with OKEN Scanner

teinelor din albuş ; acestea vor forma un strat înăuntrul căruia gălbenuşul se coagulează numai parţial. Apa nu se sărează, fiindcă în acest mod s-ar favoriza solubilizarea proteinelor din ou. Albuşul fiert este mai bine digerat decît cel crud nebătut.

Ouăle se consumă şi prăjite, sub formă de ochiuri sau omletă. Acest fel nu se poate prepara fără grăsime

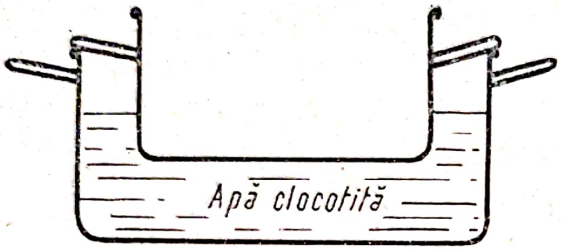


Fig. 33. — Baie de apă.

încinsă. Este deci un procedeu mai dăunător de preparare a oului, iritant pentru mucoasa gastrică. Este de preferat ca omleta să se prepare cu albuşul bătut separat şi apoi amestecat cu gălbenuşul. Coagularea oului se va face la baia de apă, care se improvizează prin cufundarea unei crătiţi mai mici de aluminiu într-alta mai mare, umplută pe jumătate cu apă şi aşezată pe plită (fig. 33). În acest fel, grăsimea (unt, ulei) nu atinge temperatura la care se descompune.

Un alt mod de preparare a gălbenuşului este maioneza, care, privită la microscop, apare ca o emulsie (picături foarte mici de ulei care plutesc între particulele gălbenuşului). Este un preparat care, stînd mult în stomac, întîrzie şi îngreuiază digestia, ceea ce poate irita tubul digestiv.

Albuşul bătut spumă este compus din bule de aer foarte mici, înconjurate de o pojghiţă fină de albuş, în parte coagulat. În acest timp şi culoarea se modifică, trecînd de la galben-pal la alb-opac. Prin bătere în continuare, volumul spumei creşte, bulele de aer îşi pierd elasticitatea şi spuma devine consistentă. Spuma de albuş se obţine mai uşor din ouă păstrate la temperatura camerei decît din cele ţinute la rece. Albuşul bătut spumă serveşte la prepararea sufleurilor şi budincilor, mîncăruri foarte uşor de digerat tocmai graţie albuşului care dă consistenţa pufoasă specifică. Aceasta permite pătrunderea sucurilor digestive în preparat şi digestia lui rapidă şi completă.

Laptele

Este un aliment tot atît de complet ca şi oul. Din cauza conţinutului în lactoză, laptele este diuretic şi laxativ. Această din urmă acţiune se datoreşte faptului că lactoza, ajungînd în cantitate mare în intestin, este descompusă de flora de fermentaţie în produse care stimulează evacuarea tubului digestiv. Pentru a fi mai bine tolerat şi a nu se coagula brusc în stomac — proces care eliberează o mare cantitate de zer, bogat în lactoză — laptele se dă fie diluat cu ceai sau cu cafea, fie amestecat cu făinoase. Dacă în ciuda acestor precauţii laptele dă totuşi diaree, este indicat să se amestece cu carbonat de calciu, în proporţie de o linguriţă la 1/4 litru de lapte, pentru a împiedica fermentaţiile intestinale, prin alcalinizarea mediului.

Laptele conţine vitaminale A, B_2 şi D, pe care însă o fierbere îndelungată şi apoi păstrarea într-un vas descoperit le distrug. Proporţia ideală între fosfor şi calciu fac din lapte un aliment indicat pentru copiii în creştere, copiii rahitici, ca şi pentru femeile gravide sau care alăptează. Sub acţiunea bacteriilor, la căldură, lactoza se poate transforma în acid

Scanned with OKEN Scanner

lactic. Rezultă laptele prins care, dacă se bate împreună cu grăsimea ridicată la suprafață (smîntîna), devine ceea ce numim „lapte bătut".

Există un inconvenient în privința preparării felurilor de brînză. Prepararea lipsită de anumite precauții produce o separare a grăsimilor și aglutinarea cazeinei sub formă de flocoane mari care se întind. Acest inconvenient poate fi evitat, frămîntînd brînza înainte de încorporare în felul respectiv, cu griș, gălbenuș de ou sau cu o cantitate mai mare de grăsime.

Leguminoasele uscate și cerealele

Mai există și alte surse de protide, ce-i drept cu valoare biologică mai mică, dar care nu trebuie uitate. Acestea sînt leguminoasele uscate: fasolea albă, mazărea uscată, bobul, lintea. Uneori, gospodina se ferește de leguminoase pentru renumele pe care îl au de alimente greu digestibile. Aceasta este însă numai o chestiune de tehnică de preparare. Dacă leguminoasele sînt bine fierte și trecute prin sită, astfel ca celuloza (în special coaja) pe care o conțin să fie oprită de sită, apoi bătute cu o parte din apa de fierbere și ulei crud rafinat, ele pot fi bine tolerate și digerate, fapt care le asigură o utilizare mai bună decît în cazul cînd sînt consumate întregi.

Grăsimile

Aceste substanțe alimentare trebuie, pe cît posibil, consumate crude. Smîntîna, untul sau uleiul se pot adăuga la masă la zarzavaturile sau făinoasele gata preparate.

Grăsimile mai pot fi fierte în baia de apă, așa ca să nu ajungă la temperatura de descompunere, sau cum se mai zice la „fumegare" (180—190 grade). Fumegarea este dovada că începe să ia naștere *acroleina,* substanță iritantă pentru tubul digestiv. De aceea, gospodina care vrea să-și ferească familia de boli digestive va elimina „prăjeala" din bucătărie, deoarece acest mod de preparare nu este nici inofensiv și nici indispensabil. Excepțional este admisă prăjirea în ulei, care nu se descompune atît de ușor ca untul sau untura.

Legumele

Sînt constituite din rădăcina, frunza sau fructul plantelor comestibile. Ele se pot prepara în mai multe feluri.

Salatele servite cu ulei și oțet sau lămîie trebuie consumate cît mai des; legumele care se pretează la acest fel de preparare își păstrează intact conținutul în vitamine și săruri minerale. Pentru salate, legumele se spală bine la un curent de apă. Este irațional ca ele să fie ținute mult timp în apă, deoarece în acest fel își pierd vitaminele și sărurile minerale. Salatele se consumă cît mai curînd după tăiere. Amestecul cu oțet sau lămîie trebuie făcut imediat, deoarece vitamina C în mediu acid este ferită de distrugere.

Este mai bine să radem legumele crude, pentru că în acest mod, celuloza pe care o conțin este bine tolerată de tubul digestiv. Consumul de crudități în cantități prea mari poate duce la fermentații abundente, balonări abdominale și diaree.

Pireurile sînt preparate în care celuloza este fărîmițată prin trecerea legumei fierte prin sită, prin mașina de tocat carne sau printr-o presă specială. Legumele preparate astfel sînt mai ușor de suportat de cei cu aparatul gastro-intestinal mai sensi-

Scanned with OKEN Scanner

bil. Adăugarea de zahăr în cantitate mare la pireul de cartofi mărește fermentațiile intestinale și de aceea nu este indicată decît la cei ce suferă de constipație.

Dacă legumele se înăbușă în lichid puțin, la foc încet, un timp nu prea îndelungat sau și mai bine în abur, fel încît apa să nu atingă fundul plăcii. Oala trebuie acoperită bine cu capac. Este indicat să punem capacul cu toarta în jos, așezînd peste el o cratiță cu apă rece. Astfel se menține capacul rece, ceea ce favorizează condensarea vaporilor și asigură o fierbere fără pierdere de apă.

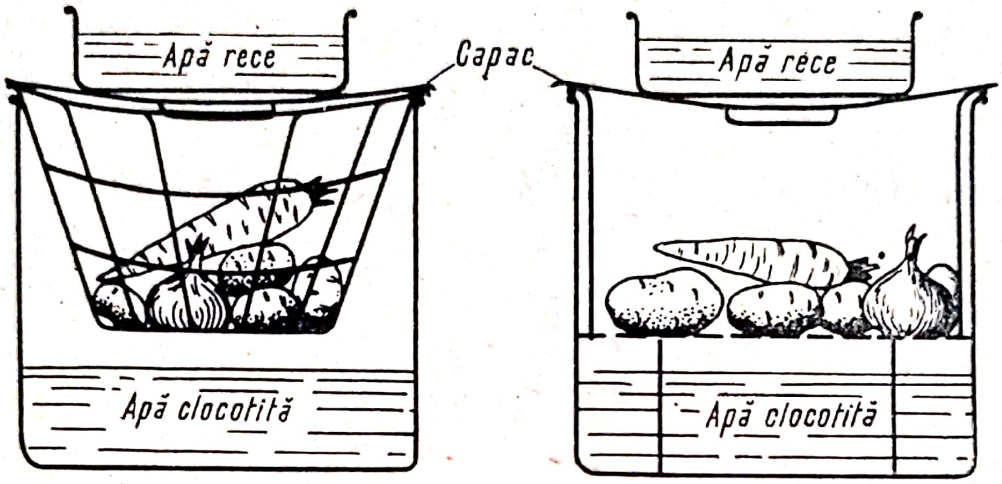


Fig. 34. — Fierberea la aburi.

vitaminele, ca și sărurile minerale, deci gustul, li se păstrează în mare parte. În acest caz, numai o mică proporție de vitamine trece în apa de fierbere. Este o greșeală să aruncăm apa în care au fiert legumele. Aceasta va servi la baterea pireului sau la prepararea sosurilor sau supelor.

Fiertul în abur, modul cel mai rațional de pregătire a legumelor, poate fi făcut fără instalații speciale, în orice gospodărie. Avem nevoie pentru aceasta de un coșuleț de sîrmă inoxidabilă sau de o strecurătoare emailată pentru legume, care menține legumele deasupra apei de fierbere, sau și mai bine de o oală cu fund dublu. Aceasta poate fi confecționată dintr-o placă de metal inoxidabil, tăiată pe măsura oalei respective, găurită și ridicată deasupra fundului și a apei din oală, pe 3—4 picioare metalice. Această placă se afundă în oala umplută pe sfert cu apă (fig. 34), în așa

Unele legume degajează un miros neplăcut, care trebuie îndepărtat. Astfel, ceapa, usturoiul, conopida se vor fierbe în oală fără capac, cît mai mărunțite, deoarece substanțele mirositoare sînt volatile. Fierberea conopidei nu trebuie prelungită dincolo de 7—8 minute, timp suficient pentru a o frăgezi. Dincolo de această perioadă, conopida tinde să degajeze cantități mari de hidrogen sulfurat, care alterează gustul legumei.

Soteurile sînt legume fierte la abur sau înăbușite cu o cantitate mică de apă, cărora li s-a adăugat grăsime la servire.

Principiul pe care se bazează prepararea supelor de legume este de a extrage cu apa de fierbere o parte din principiile nutritive și sapide. Pentru a extrage maximum de principii nutritive, legumele se pun la fiert tăiate mărunt, în apă rece și nesărată. Apa favorizează pocnirea membranei celu-

Scanned with OKEN Scanner

lozice și eliberarea sărurilor minerale și glucidelor din celulele vegetale. Pentru a întîrzia evaporarea apei și oxidarea vitaminelor se acoperă cratița. Grăsimea se adaugă înainte de servire.

Prin înăbușire se înțelege încălzirea legumelor cu unt sau smîntînă și „stingerea" amestecului, înainte de a începe descompunerea grăsimii, cu apă, lapte sau supă fierbinte. Prin acoperirea vasului așezat pe foc, celuloza legumelor se înmoaie la temperatura de 100 grade a vaporilor de apă.

Legumele prăjite în grăsime devin mai puțin digestibile; de aceea trebuie să căutăm să excludem din bucătărie pregătirea cu așa-numitul rîntaș, adică cu sos făcut din făină și ceapă prăjite în grăsimi. După cum s-a mai spus, grăsimea încinsă îmbibă alimentul și îl face greu permeabil pentru sucurile digestive, ceea ce prelungește durata digestiei și irită stomacul. Adaosul de ceapă sporește efectul iritant.

Un loc special trebuie rezervat cartofului, aliment bogat în amidon și care conține protide vegetale de oarecare valoare biologică și vitamină C. Pentru a păstra intacte aceste principii alimentare este bine să fierbem cartoful întreg în coajă sau să-l coacem la cuptor, adăugînd ulterior grăsimea (unt, ulei, margarină sau smîntînă). Dacă îl fierbem curățat, cartoful trebuie imediat pus la foc, pentru ca să nu-și piardă, zăbovind în apă, vitaminele și sărurile minerale. Apa în care a fiert cartoful curățat de coajă, bogată în vitamine și săruri minerale, trebuie totdeauna utilizată la supe și sosuri. Prin prăjire, cartofii își pierd apa, iar amidonul pe care-l conțin se caramelizează, luînd o culoare galbenă-brună. Îmbibîndu-se cu produsele de prăjire, ei devin nocivi pentru tubul digestiv. Singura prăjire care este admisă fără rezerve este cea făcută în ulei de parafină. Acesta nu se descompune la căldură și nu îngreuiază digestia cartofilor.

Pastele făinoase și aluaturile

Pastele făinoase se pot prepara fierte cu unt, sau sub formă de budinci. Pentru budincă se așază făinoasele împreună cu brînza sau carnea, gălbenușul de ou și albușul bătut spumă, într-o formă unsă cu unt sau margarină și se coace la cuptor. Ca și la sufleu, pentru a împiedica încingerea grăsimii, este mai bine ca vasul cu budinca să fie pus la cuptor așezat într-altul cu apă. Budinca poate fi servită cu sos de roșii, de legume, sos caramel etc.

Aluaturile sînt compuse în general din apă și făină. Nu toate sînt bine tolerate. Cele de mai jos se digeră mai ușor.

— *Aluatul pripit* sau *fiert* se prepară din 75—95 grame margarină sau unt, 25 grame făină și 4 ouă. Făina se fierbe în apă cu grăsime, se amestecă cu ou și se pune la cuptor. Aerul înglobat de aluat se elimină brusc și apa se preface în vapori, formîndu-se ochiuri mari. Aluatul de la suprafață se caramelizează. Este un gen de patiserie de digestie foarte ușoară, această calitate depinzînd însă și de crema cu care se umple prăjitura.

— *Aluatul frecat* (pandișpan) se obține prin frecarea gălbenușului cu zahăr, la care se adaugă făina și albușul spumă. Albușul, coagulîndu-se la căldură, nu permite ieșirea bulelor de aer pe care le-a înglobat în timpul baterii. În stomac, albumina din albuș se dizolvă și devine foarte ușor de digerat, deoarece nu are tendința să se adune în cocoloașe mari, greu de pătruns de către sucurile digestive.

Scanned with OKEN Scanner

— *Aluatul nisipos,* preparat din 100 grame făină, 60 grame unt, 50 grame zahăr și un gălbenuș, nu conține aproape de loc apă. Grăunțele de amidon din acest gen de aluat se coc separat. Ele sînt menținute împreună cu grăsimea și gălbenușul adăugate. Aluatul rămîne foarte nisipos, fărîmîndu-se ușor.

— *Aluatul de biscuit* se prepară dintr-un ou, 50 grame zahăr și 25 grame făină. El este asemănător cu aluatul nisipos, doar că albușul se pune bătut spumă, adică amestecat cu aer. Datorită acestuia, grăunțele de amidon rămîn separate unele de altele. Dacă se înlocuiește făina cu amidon de cartofi, lipsa glutenului împiedică și mai mult aglutinarea granulelor de amidon. În acest fel, aluatul devine mai fin și mai ușor digestibil.

Fructele

Importantă sursă de vitamine, fructele pot fi consumate crude, după o prealabilă spălare în mai multe ape. Deși se știe că fructele și zarzavaturile nespălate sînt surse de infecție sau de infestare cu paraziți intestinali, se mai comit mici imprudențe. Spălarea trebuie făcută cu multă atenție, la un curent de apă curată. În acest fel, fructele pot fi mîncate cu coajă cu tot, periferia lor constituind partea cea mai bogată în vitamină A și mai ales C. Dacă le curățim, coaja trebuie, pentru același motiv, tăiată cît mai subțire posibil. Fructele rase fin pe răzătoare (de preferință de sticlă) devin mai ușor digestibile, grație fragmentării celulozei. Fructele apoase pot fi stoarse prin tifon sau prin prese speciale, pentru a se îndepărta celuloza și a se obține numai sucul (recomandabil în gastrite, colite).

Salatele de fructe se prepară din mai multe feluri de fructe, mărunțite și amestecate cu zahăr, zeamă de compot, fructe din dulceață și nuci. Este esențial pentru păstrarea vitaminelor ca fructele pentru salate să fie tăiate cu un cuțit inoxidabil și mărunțite numai înainte de servire. Sînt un desert răcoritor și foarte bogat în vitamine căruia i se poate spori valoarea calorică prin adaos de smîntînă sau frișcă.

Gelatina de fructe se prepară din suc de fructe, la care s-a adăugat zahăr și gelatină dizolvată în apă. Se pot folosi și fructe rase, crude sau fierte. Gelatina preparată din fructe fierte se vitaminizează cu adaos de suc de fructe crude. Este un fel de preparare rațional, deoarece aduce organismului vitaminele necesare într-o formă ușor digestibilă (indicate în boala ulceroasă).

Compoturile sînt formate din fructe fierte în apă cu zahăr. Prin fierbere, învelișul celulozic al celulelor vegetale plesnește și sucul trece în apa de fierbere. În general, prin fierbere, fructele își pierd vitaminele. De aceea este bine să le punem la fiert în apă clocotită, în vase acoperite și să le ținem la foc numai cît le trebuie ca să fiarbă. Este rațional să se adauge compotului gata preparat suc de fructe crude, pentru suplimentul de vitamine.

Dulceața este un amestec în părți egale de zahăr și fructe. Proporția mare de zahăr împiedică dezvoltarea microbilor și de aceea dulceața se conservă timp îndelungat. În cursul fiertului dulceții, fructele eliberează o substanță, *pectina,* care gelifică zeama, dîndu-i consistența specifică.

Siropul este un amestec de suc de fructe și zahăr. Prepararea lui se bazează tot pe gelificare, care se oprește însă într-un stadiu mai puțin avansat.

Scanned with OKEN Scanner

Pelteaua este un sirop cu un grad mare de gelificare.

Toate aceste preparate, conținînd mult zahăr și unele din ele și celuloză, consumate în cantitate mare, pot da fermentații și balonări abdominale, în special celor suferinzi de colită.

Sosurile

Pentru a da mîncărurilor mai mult gust s-a imaginat adăugarea sosurilor. Sosurile dau o anumită vîscozitate mîncării, ceea ce mărește și prelungește contactul dintre papilele gustative și mîncarea respectivă.

Creșterea vîscozității se obține, în general, prin *adăugarea de amidon*. Prepararea rațională a rîntașului constă în rumenirea uscată, fără grăsime, a făinii, care apoi este stinsă cu zeamă de zarzavat sau de carne. Cînd amestecul astfel pregătit clocotește, se poate adăuga margarina, untul sau uleiul. Acest gen de rîntaș neprăjit nu diferă cu nimic, ca savoare, de rîntașul tradițional și pe deasupra oferă avantajul că este perfect tolerat de tubul digestiv. Pe această bază se propun următoarele sosuri :

Sosul de roșii :

făină 5 grame, roșii 100 grame (sau *bulion pastă 10 grame), zeamă de zarzavat* sau *de carne 50 grame, zahăr 5 grame, untdelemn* (sau *unt) 10 grame, sare.*

Se pune la fiert zeama de carne împreună cu zeama de roșii dată prin sită sau cu bulionul. De o parte se diluează făina într-o lingură de apă rece, de supă de carne sau de supă de zarzavat rece. Făina diluată se toarnă în zeama de roșii sau în bulionul care clocotește pe foc. Se adaugă uleiul crud, zahăr și frunză de țelină. Se lasă să fiarbă sosul 20 de minute. Pentru felurile de făinoase, ca budinca de macaroane sau pilaful (rizoto), sosul de roșii trebuie să fie bine scăzut, ca să fie mai gros. În acest caz, el se va prepara de preferință cu unt. Sosului de roșii pentru mîncărurile de legume i se adaugă ceapă fiartă mărunțită sau mai bine, dată prin sită. Sosul se servește cu verdeață tocată mărunt sau, după gust, cu foi de dafin, cimbru sau usturoi.

Sosul de legume :

morcovi 70 grame, țelină 30 grame, pătrunjel 20 grame, cartofi 70 grame, ardei gras o jumătate, roșii 100 grame (sau *pastă de bulion 10 grame), zeamă de zarzavat, unt* sau *untdelemn, sare, verdeață.*

Legumele se taie mărunt și se fierb înăbușit cu puțină apă. Cînd sînt fierte se strecoară și se trec prin sită. Se adaugă bulionul, untdelemnul sau untul și făina diluată separat într-o lingură de apă rece. Se mai fierbe 20 de mine. La ultimul clocot se adaugă foi de dafin, puțin oțet, sare și verdeață mărunțită. Sosul acesta este indicat ca garnitură peste macaroane și lîngă rasol sau perișoare de carne. Sosul de legume poate fi preparat și fără făină. În cazul acesta, pe lîngă celelalte zarzavaturi se vor adăuga, pentru o porție, 100 grame cartofi preparați după modul indicat mai sus. Amidonul lor înlocuiește făina și leagă sosul.

Sosul alb :

făină 5 grame, lapte 50 grame, unt 5 grame, sare, suc de lămîie, mărar.

Făina se diluează într-o lingură de lapte rece. Restul de lapte se pune la fiert. În laptele care clocotește se toarnă făina și se fierbe totul 20 de minute, amestecîndu-se mereu. Sosul alb se va prepara cu unt sau marga-

Scanned with OKEN Scanner

rină, deoarece nu este gustos cu ulei. El este indicat cu soteuri de legume, cu perișoare de carne etc. Este sosul de bază al sufleurilor. Pentru sufleuri, cantitatea de făină se dublează, așa ca sosul să aibă o consistență groasă și să lege pireul de legume sau de fructe din care-i făcut sufleul. Sosului alb i se poate adăuga pentru gust zeamă de lămîie sau sare de lămîie și mărar.

Sosul de mărar :

făină 5 grame, unt sau *ulei 10 grame, supă de legume 50 grame, mărar 10 grame.*

Se rumenește făina în tigaia uscată, fără grăsime. Se stinge cu zeamă de zarzavat, se lasă să fiarbă 20 minute și apoi se adaugă uleiul sau untul. Mărarul se spală fir cu fir la curent de apă. Se toacă mărunt și se adaugă în sos. Se mai dă un clocot.

*

În legătură mai mult sau mai puțin directă cu alimentația sînt o serie întreagă de boli printre care boala ulceroasă, colecistita, hepatita cronică, colitele, constipația, diabetul, obezitatea și stările de slăbire. Cauzele și mecanismele de producere și de întreținere ale acestor boli sînt diferite. Cu toate acestea, un mod rațional de alimentație constituie un important factor de prevenire și reprezintă baza tratamentului acestor boli.

Boala ulceroasă

Prezența ulcerului în stomac sau duoden nu este obligatorie în boala ulceroasă. Îmbolnăvirea apare înainte de constituirea leziunii tipice, ulcerul, avînd o fază în care, dacă tulburările sînt recunoscute la vreme și tratate energic, evoluția bolii poate fi oprită. Tulburările generale care duc la apariția ulcerului, unele simptome ale bolii care interesează alte funcții decît digestia, complicațiile cu ecou asupra întregului organism, fac ca boala ulceroasă să fie considerată ca o boală a întregului organism. De aceea, tratamentul ei nu poate să se limiteze numai la regim alimentar și medicamente cu acțiune locală, ci cuprinde și indicații speciale privind mai ales modul de viață a bolnavului. Boala este mai des întîlnită la bărbații între 20 și 50 de ani. În prezent, la fiecare 20 de adulți găsim unul care prezintă semne de boală ulceroasă.

Pereții stomacului sînt formați din mai multe straturi suprapuse, dintre care cel interior este constituit din „mucoasa gastrică", foiță fină, în grosimea căreia se găsesc glandele gastrice, care secretă sucul acid și fermenții digestivi. Urmează stratul cel mai gros, format din fibre musculare orientate în diferite direcții. Contracțiile acestor fibre explică mișcările stomacului. În mod normal, alimentele care sosesc prin esofag sînt preluate de stomac și îndreptate, cu ajutorul contracțiilor pereților săi, către pilor. Contactul alimentelor cu mucoasa gastrică din regiunea de lîngă pilor reprezintă un stimul pentru secreția de suc gastric. Secreția de suc gastric este declanșată înainte de ajungerea alimentelor în stomac. Simpla vedere a mîncării, mirosul sau gustul ei, dau naștere unei secreții de suc gastric numit „de apetit". Este „faza psihică" a secreției, cînd sucul apare în stomac datorită unui reflex nervos comparabil cu cel care produce salivația celui care vede sau mi-

Scanned with OKEN Scanner

roase un aliment („îi lasă gura apă"). Contracţiile stomacului asigură amestecul masei alimentare cu fermenţii sucului gastric. Alimentele de natură protidică sînt digerate în mare măsură în stomac, sub influenţa fermenţilor şi cu ajutorul acidului clorhidric. Rolul digestiei gastrice este să simplifice compoziţia chimică a alimentelor, pregătindu-le pentru faza a doua a digestiei, care are loc în intestin. Celelalte alimente (grăsimile, făinoasele) sînt mai puţin sau de loc influenţate de procesul digestiei gastrice. O dată digestia gastrică terminată, alimentele părăsesc stomacul.

Este dovedit astăzi că sistemul nervos are un rol hotărîtor în coordonarea tuturor funcţiilor organismului şi în adaptarea acestuia la mediu, adică la complexul de factori externi care acţionează asupra organismului. Hrana nepotrivită, căldura exagerată sau frigul, oboseala, supărările, intoxicaţiile, cu un cuvînt toate modificările mediului în care trăim, au urmări asupra organismului, modificînd în mod trecător una sau mai multe funcţii ale acestuia. Adaptarea organismului se face prin intermediul sistemului nervos şi al glandelor endocrine. Este un mecanism de reglare prompt şi perfecţionat, graţie căruia omul îşi menţine integritatea şi capacitatea funcţională în limitele largi ale variaţiilor mediului extern. În pereţii stomacului se găsesc formaţiuni nervoase, în care nervii, de forma unor fire subţiri, se împletesc în reţele numite plexuri. Sînt două asemenea plexuri, unul aşezat sub mucoasa gastrică, al doilea în stratul musculos al stomacului. Primul controlează secreţia de suc, al doilea mişcările proprii ale stomacului. De la nivelul acestor formaţiuni pleacă nervii, care, prin diferite etape intermediare, urcă pînă la centrii nervoşi superiori. Paralel cu aceştia merg alte căi nervoase, prin care influxul nervos, asemenea unui curent electric, coboară de la aceşti centri spre plexurile din pereţii stomacului. Aceste duble legături explică dependenţa stomacului de totalitatea organismului şi de mediul extern.

Revenind la problema bolii ulceroase, este sigur că ea apare ca o expresie a dereglării mecanismelor nervoase care controlează funcţiile stomacului. În principiu, boala ulceroasă poate fi produsă de orice factor dăunător cu acţiune prelungită sau repetată asupra diferitelor puncte ale lanţului de reflexe care leagă stomacul de scoarţă. Să ne limităm, pentru început, la cauzele generale (acţionînd în primul rînd asupra sistemului nervos central), care favorizează apariţia bolii ulceroase. De exemplu, stările de tensiune nervoasă prelungită sau emoţiile de ordin negativ (furie, frică) des repetate au efectul de a întreţine în scoarţa creierului o permanentă stare de excitaţie. În aceste condiţii, scoarţa nu-şi mai poate îndeplini rolul de „dirijor" al funcţiilor interne. Acestea, eliberate de sub controlul scoarţei, se desfăşoară dezordonat, ducînd la pierderea echilibrului funcţional normal. Ca urmare, secreţia acidă a stomacului poate atinge valori prea mari, în timp ce vasele de sînge intră într-un spasm prelungit, împiedecînd o bună nutriţie a organului şi mai ales a mucoasei gastrice. Din acţiunea unui suc gastric hiperacid asupra unei mucoase insuficient de rezistente poate apărea, la un moment dat, ulcerul. Boala ulceroasă mai poate fi întreţinută şi agravată prin acelaşi mecanism reflex şi de o leziune a altor organe din abdomen, ca de pildă inflamaţia apendicelui. Şi aceasta provoacă spasme ale musculaturii stomacului, precum şi secreţie mărită de acid clorhidric, condiţii favorizante pentru apariţia

Scanned with OKEN Scanner

ulcerului. Există însă foarte numeroase cauze cu acțiune locală asupra stomacului și duodenului, al căror efect este apariția ulcerului. Este sigur că o alimentație prea bogată în *condimente iuți* reprezintă o continuă iritație pentru tubul digestiv. *Prăjirea grăsimii* duce la descompunerea acesteia în produse iritante care, asemenea condimentelor iuți sau acide, excită secreția stomacului, congestionează mucoasa care căptușește tubul digestiv și favorizează apariția unei inflamații locale, așanumita gastrită hiperacidă. Mai favorizează apariția ulcerului mestecatul insuficient, fie că dantura este descompletată, fie că bolnavul este obișnuit să mănînce prea repede. Alimentele insuficient fărămițate vor avea tendința să stagneze în stomac mai mult decît normal, devenind astfel iritante. De asemenea, obiceiul de a mînca fierbinte sau prea rece supune stomacul la acțiunea repetată a unei temperaturi nepotrivite. Dintre factorii alimentari care produc mai des o gastrită, *alcoolul* rămîne însă cel mai dăunător. Efectul lui, pe lîngă stimularea secreției gastrice acide și congestionarea mucoasei gastrice, este și direct : el lezează mucoasa care este destul de sensibilă. În general putem spune că limba constituie cel mai bun control al stomacului. **Tot ceea ce arde, înțeapă sau irită limba va irita și stomacul, în care alimentele stau ore întregi, nu cîteva secunde, ca în gură.** În ceea ce privește *tutunul*, el are un rol bine dovedit în declanșarea unei gastrite și în întreținerea unui ulcer constituit. Atît nicotina, cît și alte produse rezultate din arderea tutunului și a foiței de țigară au proprietatea de a stimula secreția gastrică și de a declanșa spasme ale musculaturii tubului digestiv. Un efect profund dăunător îl are și *enervarea în timpul mesei*, deoarece ea duce la dezorganizarea mecanismelor nervoase care controlează secreția gastrică. Semnalăm, în sfîrșit, rolul dăunător al *mîncatului la ore neregulate.* Stomacul își formează cu timpul un reflex condiționat de declanșare a secreției gastrice la orele la care se lua de obicei masa. Dacă persoana respectivă nu mănîncă la această oră, secreția acidă va ataca pereții stomacului în lipsa alimentelor.

În aceste condiții, ulcerul poate apărea la un moment dat, boala trecînd astfel în faza a doua, în care peste tulburarea funcțională se suprapune leziunea organică. Ulcerul se situează, de obicei, în apropierea pilorului, pe mica curbă a stomacului sau pe bulbul duodenal, adică în regiunile cele mai expuse acțiunii sucului gastric. Este o leziune rotundă, care cuprinde în adîncime 2—3 straturi, din cele 4 ale stomacului.

Se înțelege că în condiții egale se îmbolnăvesc de ulcer mai ales cei predispuși. Există într-adevăr familii de ulceroși și această noțiune trebuie avută în vedere pentru prevenirea bolii. Cei care au între rudele de sînge cazuri de boală ulceroasă și reacționează la factorii nocivi menționați cu simptome caracteristice, trebuie să ia măsuri din vreme.

Evoluția și complicațiile ulcerului

Boala ulceroasă se desfășoară în accese întrerupte de faze de bine. Tratamentul poate opri această evoluție, aducînd vindecarea sau rărind mult recăderile. În nici un caz bolnavul nu poate aprecia singur dacă s-a vindecat sau nu. Am menționat că puseul acut de boală ulceroasă are tendința spontană de a ceda după cîteva săptămîni. *Această liniștire nu înseamnă însă vindecare. Nici chiar dispariția nișei (aspectul radiologic*

Scanned with OKEN Scanner

al ulcerului) nu înseamnă vindecare. Bolnavul ieşit din faza acută trebuie să rămînă în observaţia medicului o perioadă de 1—2 ani, posibilitatea revenirii bolii rămînînd deschisă în tot acest timp şi uneori chiar peste intervalul menţionat.

Netratată, întreţinută şi agravată de obiceiuri alimentare neigienice, de abuz de alcool şi tutun, de un program de viaţă necorespunzător, boala ulceroasă se poate complica.

Hemoragia. Complicaţia cea mai frecventă este hemoragia provocată de ruperea unui vas de sînge din zona ulcerată. Hemoragia poate fi observată în cursul vărsăturilor sau în scaun. În primul caz bolnavul varsă sînge roşu sau, cînd sîngele s-a digerat, un lichid brun de culoarea drojdiei de cafea. Cînd sîngele provenit din hemoragie se elimină prin scaun, este negru ca păcura (bolnavii care iau medicamente preparate cu bismut pot avea scaune negre, fără ca aceasta să însemne hemoragie). Hemoragia este însoţită de o stare de slăbiciune, de nelinişte, de palpitaţii şi de sete intensă. Există şi hemoragii care nu pot fi observate cu ochiul liber, în scaun, din cauza micii cantităţi de sînge. Asemenea hemoragii, pentru a fi descoperite, necesită o analiză specială a scaunului, pe care bolnavul de ulcer trebuie să o facă mai des în perioada cînd are dureri. În caz de hemoragie se impune chemarea medicului sau internarea de urgenţă a bolnavului într-un spital, unde poate primi ajutorul corespunzător. Pînă la internare, bolnavul va păstra repaus absolut la pat, cu o pungă de gheaţă pe abdomen, în regiunea stomacului. Este interzisă orice băutură sau mîncare. Cînd setea este prea supărătoare, bolnavul poate suge o bucăţică de gheaţă sau poate lua apă rece, cîte o linguriţă din cînd în cînd. Anunţarea medicului nu trebuie să se întîrzie.

Stenoza pilorică. Cu timpul, ulcerul vindecat sau încă activ poate suferi o cicatrizare mutilantă pentru stomac. Cînd ulceraţia se află în apropierea deschiderii stomacului spre duoden, cicatrizarea poate duce la închiderea parţială sau totală a pilorului, producînd aşa-numita *stenoză pilorică.* În aceste împrejurări, durerile bolnavului sînt provocate mai ales de sforţările pe care le face stomacul pentru a se goli. Contracţiile stomacului se pot observa uneori sub forma unor ondulaţii care se transmit de la stînga spre dreapta, în partea superioară a abdomenului. Alt simptom principal al stenozei pilorice îl constituie vărsăturile. Neputîndu-şi evacua conţinutul prin pilor, stomacul se goleşte prin capătul celălalt ; bolnavul varsă alimentele consumate cu una sau mai multe zile înainte. Vărsăturile au un miros urît, din cauza stagnării alimentelor în stomac. Cu timpul, musculatura stomacului cedează în faţa obstacolului reprezentat de pilorul stenozat. Contracţiile stomacului încetează şi de asemenea şi durerile, apărînd în schimb o dilatare gastrică, care atinge uneori proporţii enorme. În aceste cazuri, bolnavul slăbit din cauza imposibilităţii de a se alimenta şi deshidratat din cauza vărsăturilor, intră într-o stare care necesită intervenţia chirurgicală de urgenţă.

Perforaţia ulcerului este deosebit de gravă, întrucît conţinutul stomacului se revarsă în cavitatea peritoneală, producînd o peritonită. Apare o durere bruscă, extrem de violentă, asemănătoare cu o lovitură de pumnal, corespunzînd ca sediu regiunii superioare a abdomenului. Pereţii abdomenului intră repede într-o contractură specială, aşa-numitul „abdomen de lemn". Anunţarea medicului sau transportarea urgentă a bolnavului

Scanned with OKEN Scanner

la spital constituie singura măsură salvatoare. Este strict interzisă luarea oricărui medicament pe gură.

Cancerizarea este o altă complicaţie gravă a ulcerului neîngrijit. În caz de cancerizare, starea generală a bolnavului se alterează, bolnavul slăbeşte încontinuu, durerea devine aproape permanentă şi, semn caracteristic, dispare senzaţia de foame care este înlocuită adesea cu o lipsă totală de poftă de mîncare. Bolnavul trebuie să se supună controlului medical periodic şi să semnaleze medicului orice modificare a ritmului durerilor abdominale sau dispariţia poftei de mîncare. Tratamentul este şi în acest caz tot intervenţia chirurgicală.

Regimul de viaţă al bolnavului de ulcer

Boala ulceroasă este o boală de durată, o boală cronică şi, ca la orice boală cronică, tratamentul trebuie să fie şi el de durată. Dispariţia durerilor după 1—2 luni de tratament nu înseamnă că bolnavul s-a vindecat definitiv. După 6—7 luni, durerile pot reapărea cu aceeaşi intensitate. Iată pentru ce se recomandă ca bolnavul să rămînă în evidenţa medicului, pe care îl va consulta periodic.

Suprimarea factorilor iritanţi din alimentaţie este prima măsură pentru prevenirea crizelor dureroase. Se va renunţa definitiv la băuturi spirtoase, abuz de condimente, mîncăruri cu grăsimi prăjite, alimente sărate, afumate, fructe şi legume crude sau prea tari (nuci, alune, castraveţi ş.a.m.d.). De asemenea, se va renunţa definitiv la tutun. Se va evita mîncatul în grabă, la ore neregulate, ca şi obiceiul de a mînca numai de două ori pe zi (de pildă numai la prînz şi seara). Încă un amănunt : cine nu-şi aranjează dantura are mult mai puţine şanse de a se vindeca.

Pe lîngă regimul alimentar, bolnavul trebuie să adopte şi un regim de viaţă raţional. Îndeletnicirile care cer o încordare nervoasă continuă şi ţin bolnavul în tensiune trebuie schimbate, cel puţin provizoriu. Enervările în viaţa particulară a bolnavului nu sînt mai puţin dăunătoare.

Bolnavul trebuie să-şi împartă ziua în aşa fel, încît după programul de lucru să poată face o plimbare sau chiar să practice un sport în aer liber. Literatura, muzica, teatrul şi cinematograful au rolul lor în menţinerea echilibrului nervos indispensabil vindecării, ca şi somnul zilnic de cel puţin 8 ore. Cînd toate aceste măsuri sînt luate din vreme şi cînd bolnavul respectă programul de viaţă şi alimentaţie indicat de medic, este aproape imposibil să nu se obţină o vindecare definitivă sau ameliorări substanţiale de lungă durată. Intervenţia chirurgicală este indicată în cazurile în care tratamentul medical nu dă rezultatele dorite ca şi în cazurile în care apariţia complicaţiilor bolii ulceroase cere o rezolvare urgentă. **Vindecarea bolii ulceroase este în primul rînd o chestiune de cooperare susţinută între bolnav şi medicul care-l îngrijeşte.**

Tratamentul bolii ulceroase

Schematic, tratamentul acestei boli constă în : **regim, repaus la pat, prafuri alcaline, căldură pe abdomen.** Asupra regimului vom insista în capitolul următor. Repausul la pat este obligatoriu pentru bolnavul în plin acces. El face să dispară durerea şi pune organismul în condiţii optime de vindecare, deoarece are un efect calmant general, care influenţează în bine sistemul nervos al bolnavului.

Scanned with OKEN Scanner

Căldura pe abdomen are și ea un efect calmant asupra durerilor. Trebuie însă să fie aplicată energic pînă la în-

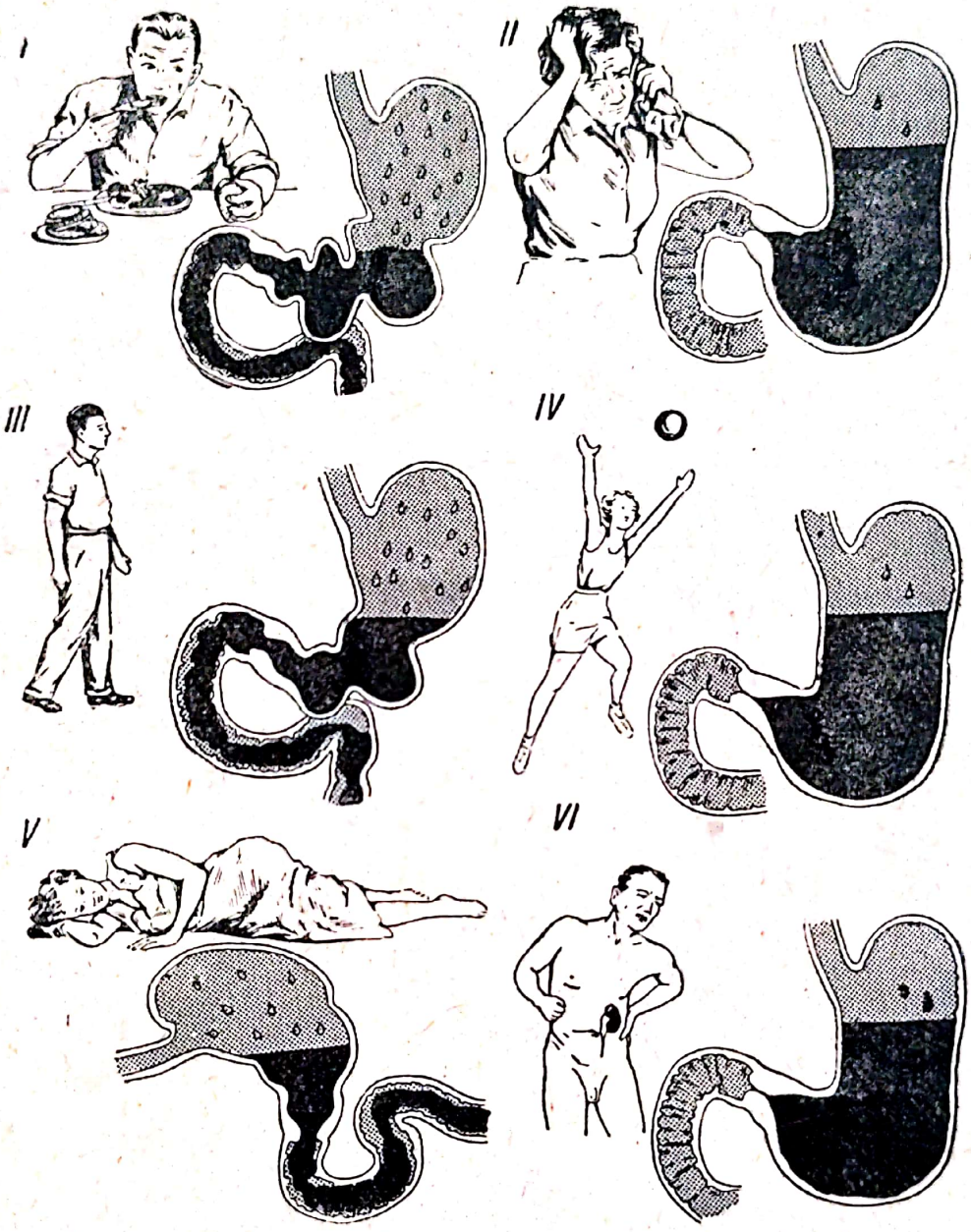


Fig. 35. — Secreția și mișcările stomacului nu se desfășoară totdeauna normal. Ele sînt stimulate de foame (I), activitatea fizică moderată (III) și poziția culcat pe dreapta (V), dar sînt inhibate de emoții puternice (II), eforturi violente (IV) și dureri (VI).

roșirea pielii, fie că se folosește o cărămidă încălzită, un amestec de mălai cu apă fierbinte (cataplasma caldă va fi înfășurată într-un prosop și se va aplica cu prudență pentru a nu provoca arsuri), un termofor (pungă de cauciuc cu apă caldă) sau o pernă electrică. Căldura se aplică pe jumătatea de sus a abdomenului, în regiunea corespunzătoare stomacului și duodenului.

În ulcerele care sîngerează nu se aplică căldura, deoarece efectul poate fi contrar. Hemoragiile impun, dimpotrivă, aplicarea unei pungi cu gheaţă pe abdomen.

Medicamentele alcaline sînt capabile să se combine cu sucul gastric acid, pe care îl neutralizează, apărînd astfel stomacul de efectul lui dăunător. Ele se prescriu de medic. Bicarbonatul de sodiu are numai un efect trecător, urmat de o stimulare dăunătoare a secreţiei acide. Pansamentele gastrice se compun din prafuri care, ajungînd în stomac, acoperă mucoasa gastrică cu un strat protector. Astfel acţionează bismutul subnitric, dermatolul şi caolinul. Ele se amestecă cu apă pînă se obţine un fel de lapte, pe care bolnavul, culcat, îl ia dimineaţa pe nemîncate. Se recomandă în aceste cazuri schimbarea poziţiei, pe spate, pe abdomen, pe o parte şi pe alta, în scopul unei cît mai largi acoperiri a mucoasei gastrice cu laptele bismutat. *Cantitatea de praf şi durata tratamentului se fixează numai de medic.*

Alte medicamente utilizate cu efect contra durerilor sînt atropina şi beladona. De fapt, efectul lor este mai complex, deoarece ele combat spasmele tubului digestiv şi în acelaşi timp tind să diminueze secreţia de suc gastric. Sînt prescrise numai de medic, care fixează şi dozele, atropina fiind o substanţă toxică. Cura cu ape minerale alcaline la Olăneşti, Slănic, Sîngiorz, are un efect binefăcător, ea fiind indicată însă numai în afara accesului.

Regimul alimentar în boala ulceroasă

Nevoia de a urma regimul alimentar un timp mai îndelungat obligă bolnavul să cunoască anumite detalii în legătură cu organizarea dietei. În caz contrar, se ajunge la plictiseală şi dezgust, la dispariţia poftei de mîncare ori la abandonarea dietei, socotită ca o corvoadă. Şi într-un caz şi în altul, scopul regimului alimentar nu este atins şi bolnavul nu numai că nu beneficiază de tratament, dar îşi înrăutăţeşte starea.

Scopul dietei în boala ulceroasă este de a neutraliza secreţia gastrică, scăzîndu-i aciditatea, de a reduce inflamaţia mucoasei gastrice şi de a stimula procesul de vindecare a ulcerului, printr-o alimentaţie care atenuează excitabilitatea stomacului şi suprimă astfel, cel puţin în parte, excitaţiile puternice care pleacă de la stomacul bolnav spre scoarţă. Această dietă de repaus al tubului digestiv şi în mod indirect al sistemului nervos combate boala ulceroasă chiar în mecanismul ei de producere. Alimentele indicate pentru stomacul bolnav sînt cele care nu stimulează secreţia de suc gastric, nu au tendinţa să stea mult timp în stomac şi nu au efect iritant asupra mucoasei gastrice. Laptele îndeplineşte cel mai bine toate aceste condiţii. El este indicat chiar în plin acces al bolii; nu numai că este un aliment de cruţare maximă a stomacului, dar are proprietatea de a „lega" acidul, ferind astfel pereţii stomacului de efectul dăunător al excesului de secreţie acidă. Reintroducerea laptelui în alimentaţia celor trecuţi de o anumită vîrstă poate da tulburări digestive (constipaţii sau diaree). Pentru evitarea acestor incidente, laptele se poate tăia la început cu o apă alcalină sau ceai slab sau poate fi amestecat cu o linguriţă de carbonat de calciu la fiecare ceaşcă.

În faza acută a bolii ulceroase, alimentaţia va fi următoarea:

1. În primele zile de dureri, cînd bolnavul stă în pat, regimul se va limita la 6—7 pahare de lapte, băute

Scanned with OKEN Scanner

încet, la 3 ore interval unul de altul. În felul acesta se realizează o neutralizare continuă a secreţiei acide, pe măsura producerii ei.

alimentele indicate, repartizate în circa 6 mese pe zi, se vor lua la o temperatură potrivită, nici prea calde, nici prea reci.

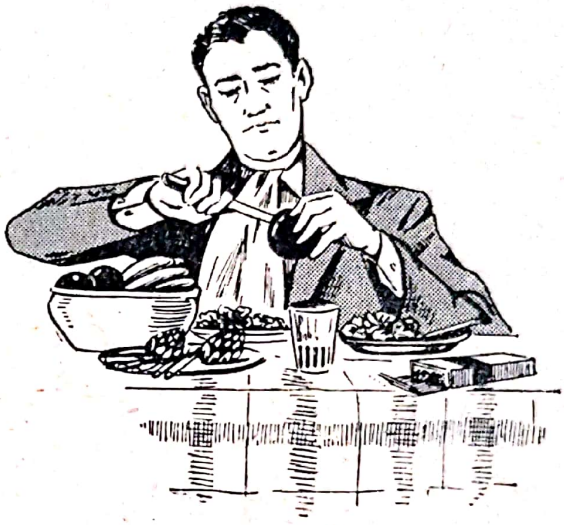


Fig. 36. — Mai devreme sau mai tîrziu, aceste greşeli se plătesc : mîncatul în fugă, alimentaţia unilaterală (numai cu vegetale, de pildă), consumul de mîncăruri şi băuturi prea reci şi supraalimentaţia.

2. După o săptămînă, se pot adăuga treptat şi alte alimente ca : supe strecurate de orez, griş, fulgi de ovăz, arpacaş, cu cîte o linguriţă de unt proaspăt adăugat la servire, ouă fierte moi, frişcă, gelatină de lapte puţin îndulcit. Grăsimile, ca untul proaspăt nesărat, gălbenuşul, chiar untdelemnul rafinat, neprăjit, au proprietatea să micşoreze secreţia gastrică. Toate

3. După 1—2 săptămîni cu acest regim, alimentaţia se poate lărgi cu perişoare fierte din carne tocată mărunt, legate cu ou şi servite cu unt proaspăt, brînză de vaci proaspătă, deserturi ca lapte de pasăre sau cremă de ou şi lapte, pîine albă uscată.

4. Treptat se pot adăuga în cursul următoarelor două săptămîni : cartofi pireu, făinoase fierte, supe de zar-

zavat trecute prin sită, prăjituri din aluat de pandișpan sau ecler, biscuiți.

Rămîn interzise alimentele sărate, grase, afumate, prăjite în grăsime, ciorbele cu carne, conservele, legumele și fructele crude, muștarul, hreanul, piperul, băuturile alcoolice și gazoase, cafeaua naturală. Alimentația va fi fracționată în 4—5 sau chiar 6 mese pe zi, pentru a nu încărca stomacul cu o cantitate mare de alimente. Bolnavul va mînca la ore fixe, încet, mestecînd bine și evitînd să bea în timpul mesei. Nu sînt recomandate mîncărurile prea calde sau prea reci (înghețată). După mesele principale este bine ca bolnavul să pună un termofor pe abdomen. În sfîrșit, se vor evita în cursul mesei discuțiile aprinse, enervările, emoțiile de orice fel, factori cu efect negativ asupra stomacului, și așa solicitat în cursul digestiei.

Dăm un exemplu de regim pentru un bolnav suferind de ulcer gastric sau duodenal, a doua săptămînă de tratament :

Dimineața : omletă dietetică, preparată din două ouă bătute spumă și lăsate să se închege cu o linguriță de unt proaspăt, la baia de apă, adică într-un vas cufundat pînă la jumătate într-o oală cu apă clocotită ; un pahar cu lapte cald.

Ora 10 : un pahar cu lapte cu o lingură de frișcă sau smîntînă dulce.

Prînz: supă strecurată din orez, îngroșată cu lapte și un gălbenuș de ou, cu puțin unt adăugat la servire ; cremă de ou și lapte sau gelatină de lapte puțin îndulcit.

Ora 6 după masă : ca la ora 10.

Seara : ca la prînz.

La culcare : un pahar cu lapte și un praf alcalin.

Realizăm astfel 6 mese pe zi, semilichide, reduse ca volum, compuse din alimente care micșorează sau neutralizează secreția acidă a stomacului.

Cînd durerile s-au calmat și hemoragiile au dispărut, se poate mînca :

Dimineața : lapte 1/2 litru, pîine albă veche de o zi, unt sau un ou fiert moale.

Ora 11 (este vorba de o masă luată la locul de muncă) : lapte 1/4 litru (luat în termos), pîine, unt.

Prînz : supă de zarzavat (fără rîntaș) trecută prin sită, cu griș sau orez și cu puțin unt (sau untdelemn crud, fiert în supă) ; mămăligă pripită cu brînză de vaci și smîntînă dulce sau carne fiartă (rasol) de vacă, vițel, pasăre, pește (șalău, știucă) cu pireu de cartofi (sau de morcovi), preparat cu lapte sau unt ; mere coapte la cuptor (fără sîmburi și coji) sau compot bine fiert, trecut prin sită și nu prea dulce.

Seara : două ouă moi ; pîine, macaroane cu brînză de vaci și suc de roșii.

Un asemenea regim nu slăbește și nu reduce puterea de muncă. Se admite că un asemenea regim trebuie ținut un an din momentul începerii tratamentului. Aceasta nu înseamnă că după acest răstimp bolnavului vindecat i se permit orice alimente. Cea mai mare parte din alimentele interzise rămîn interzise. Se permite, de pildă, o zi pe săptămînă de regim liber, dar numai o zi. Cum boala ulceroasă poate reveni și cum aceste recidive apar mai ales toamna și primăvara, este recomandabil ca la 6 luni distanță, să se repete regimul descris mai sus, în scopul prevenirii recăderilor. Deci de două ori pe an bolnavul va începe cu dieta cea mai restrînsă, scurtînd perioadele la cîte o săptămînă, astfel ca în total să țină regimul o lună.

Este de altfel o veche formulă recomandată bolnavului vindecat de a ține dietă o zi pe săptămînă, o săptămînă pe lună și o lună în fiecare

Scanned with OKEN Scanner

an, tocmai pentru a împiedica recăderile.

Alimentele indicate în faza de liniște sînt :

Băuturi : lapte dulce sau lapte amestecat cu cafea de orz sau cu ceai de tei, ceai de măceșe sau cu apă minerală alcalină (Hebe, Slănic 1 bis, Olănești 14), zeamă de fructe dulci, mere, struguri, pepene verde, chisel de fructe.

Pîine : pîine albă veche, uscată.

Carne, pește, ouă, brînză : carne slabă de vacă, vițel, găină, pui rasol, perișoare, budinci, șuncă slabă în preparate, pește slab de rîu, brînză de vaci, caș nesărat, urdă, ouă fierte moi, ochiuri românești, omletă preparată la abur sau la baia de apă.

Zarzavaturi : moi, care se dau de preferință fierte, trecute prin sită sub formă de pireu ; se permit cartofi, morcovi, dovlecei, conopidă, mazăre verde tînără, cartofi copți în coajă la cuptor, mestecați bine.

Făinoase : paste făinoase bine fierte, mămăligă pripită, orez, griș, fulgi de ovăz, bine fierți în zeamă de zarzavat (fulgii de ovăz trebuie trecuți prin sită, după ce au fiert).

Grăsimi : unt proaspăt, untdelemn crud adăugat la mîncăruri gata preparate, smîntînă dulce, frișcă.

Supe : preparate din zarzavat, strecurate sau trecute prin sită, îngroșate cu făinoase (griș, orez, fulgi de ovăz) trecute prin sită, cu adaos de lapte.

Sosuri : preparate cu zeamă de zarzavat și lapte (sos alb, sos roz, sos dres cu gălbenuș).

Dulciuri : prăjituri din aluat uscat cu brînză de vaci sau cu mere dulci, cremă de vanilie, gelatine din lapte, brînză de vaci, zeamă de fructe dulci, compot trecut prin sită, fructe coapte la cuptor (gutui, mere, pere), lapte de pasăre, orez, griș, tăiței cu lapte, zahăr cu măsură.

Diverse : sare cu măsură, vanilină, zeamă de lămîie îndoită cu apă, suc de roșii adăugat la supe sau sosuri înainte de a fi servite.

Alimentele neindicate în boala ulceroasă :

Băuturi : țuică, lichior, ceai rusesc tare, cafea neagră naturală, sifon, băuturi prea reci sau prea fierbinți.

Pîine : proaspătă, pîine de tărîțe, pîine neagră.

Carne, pește, ouă, brînză : carne grasă, sărată, afumată, pește afumat, gras, ochiuri prăjite, telemea prea sărată, brînzeturi fermentate, slănină, mezeluri, cîrnați.

Zarzavaturi : tari și crude ca ridichi, castraveți, ardei gras, conopidă, ceapă, ardei iute, varză crudă, usturoi, fasole albă, linte, mazăre uscată.

Grăsimi : untură, untdelemn prăjit.

Supe : de carne, cu rîntaș, sosuri cu grăsimi prăjite.

Dulciuri : aluaturi dospite, proaspete, gogoși prăjite în grăsime încinsă, înghețată, fructe tari, acre și crude (vișine, gutui, zarzăre, nuci), dulciuri concentrate (marmeladă, gem, dulceață etc.).

Diverse : cartofi prăjiți, muștar, oțet, piper, boia, sare prea multă, murături.

Bolile de ficat

Inflamarea veziculei biliare, adică *colecistita,* este una dintre bolile cele mai răspîndite, mai ales la femei, între 20 și 35 de ani. Cauzele colecistitei pot fi diferite. Ea poate apărea ca o complicație a unui icter infecțios sau la bolnavii care suferă de constipație cronică. De asemenea,

Scanned with OKEN Scanner

o apendicită neoperată la vreme poate îmbolnăvi vezicula biliară. Aceste diverse cauze acționează tulburînd mecanismul contracției care asigură golirea periodică a veziculei biliare. Ca urmare, bila nu se mai evacuează la vreme. În aceste condiții microbii ajunși în veziculă se cuibăresc acolo, se înmulțesc și produc o inflamație.

Nu toți bolnavii de colecistită au suferit însă de icter, apendicită sau constipație. La mulți dintre ei, boala a apărut ca rezultat al consumului sistematic de mîncăruri preparate cu rîntaș sau prăjeală în grăsime. Gospodina care prăjește un aliment simte la un moment dat usturimi în gît și la ochi, provocate de vaporii ce ies din tigaia plină cu grăsime încinsă. Vaporii aceștia îmbibă alimentele care ajung în stomac, producînd acolo o iritație prelungită. Această iritație este incomparabil mai dăunătoare decît cea produsă asupra ochilor gospodinei, deoarece alimentele stau în stomac 4 sau 5 ore, nu cîteva minute cît durează prăjeala în bucătărie. Reflexele nervoase pornite de la nivelul stomacului iritat vor împiedica golirea veziculei, întocmai ca reflexele pornite de la apendicele inflamat. Așa ia naștere colecistita într-un mare număr de cazuri.

Principalul semn al colecistitei este durerea localizată sub marginea coastelor, în dreapta, răspunzînd în spate și umărul drept. Ea vine adesea în crize, însoțite de grețuri, vărsături și uneori de febră. Crizele, numite colici hepatice, apar mai des după supărări sau abuz de alimente grase și ouă. Durerea este provocată de contracția prea bruscă sau prelungită a veziculei inflamate. Această contracție poate fi declanșată și de o stare de iritație a sistemului nervos (emoții, supărări, enervări), care se răsfrînge asupra veziculei. Celelalte semne care însoțesc colecistita — balonările abdominale, constipația, grețurile — se pot explica prin faptul că și alte părți ale tubului digestiv (stomac, intestin) suferă în cursul unei colecistite deoarece organismul este un tot în care funcțiile diverselor organe depind una de alta.

Dacă o colecistită nu se tratează, cu timpul se pot forma pietre (calculi) în vezicula biliară, dînd boala numită *litiaza biliară*. Pietrele sînt cel mai des formate din colesterol, o substanță care se găsește mai ales în grăsimi, în ouă, în creier, ficat, momițe. Colesterolul este eliminat prin ficat, în bilă. Cînd bila este infectată, ca în colecistite, sau stă prea mult timp neevacuată din veziculă, anumite modificări în compoziția ei favorizează formarea pietrelor. Acestea, la început de mărimea unor grăunțe de nisip, vor crește treptat, prin adăugarea de noi și noi straturi de piatră, la fel cum crește un bulgăre de zăpadă. Pietrele din veziculă se pot angaja pe canalele biliare, provocînd dureri (crize de ficat), sau pot rămîne mai mult timp pe loc, umplînd vezicula și scoțînd-o din funcțiune. Se înțelege că, în anumite cazuri, funcția de rezervor a veziculei nu mai poate fi îndeplinită. Organul devine inutil și chiar primejdios pentru sănătate, întreținînd un focar de infecție în organism și putînd oricînd astupa căile biliare, printr-un calcul pornit din veziculă.

Regimul de viață al bolnavului de colecistită

Bolnavul de colecistită, în caz că suferă de constipație, trebuie să și-o îngrijească. Pentru aceasta va lua regulat un laxativ (purgativ slab), ca sămînța de in, 1—2 linguri, înmuiate 10 minute în ½ pahar cu

Scanned with OKEN Scanner

apă. Cînd constipaţia este însoţită de apendicită, laxativul recomandat este uleiul de parafină, 1—2 linguri, seara la culcare. Apendicita, atunci cînd există, trebuie tratată. Un mijloc de a combate colecistita şi a împiedica formarea pietrelor este golirea regulată şi completă a veziculei biliare. Pentru aceasta, în fiecare dimineaţă, pe nemîncate, bolnavul va lua două linguri de untdelemn (cu puţină lămîie pentru corectarea gustului) şi va sta apoi jumătate de oră culcat pe partea dreaptă. În loc de untdelemn se poate lua şi o jumătate de pahar cu zeamă de ridiche neagră. Zeama se prepară din ridichi rase pe răzătoare şi stoarse printr-un tifon. Între mese este bine să se dea 1—2 pahare de ceai cald, astfel ca să se bea în total 1 litru de ceai pe zi, în afara lichidelor obişnuite, ca lapte, supe, compot, apă. Aceasta, deoarece lichidele sînt necesare spălării căilor biliare inflamate prin mărirea cantităţii de bilă eliminată de ficat. Se vor prefera ceaiurile de muşeţel, sunătoare sau ceaiul hepatic. La aceste indicaţii trebuie să adăugăm că fără o viaţă ordonată, cu ore de masă fixe, odihnă suficientă şi evitarea enervărilor şi emoţiilor, bolnavul se va vindeca mai greu. Am menţionat mai sus rolul sistemului nervos în producerea şi evoluţia unei colecistite. Pentru ca reflexul de golire a veziculei să funcţioneze bine, trebuie ca bolnavul să aibă un sistem nervos întărit printr-o viaţă în care orele de muncă, de odihnă şi de exerciţii în aer liber (plimbare, sport etc.) să fie bine echilibrate între ele. În bolile veziculei biliare, alimentaţia dietetică este de mare însemnătate. Dar regimul nu obligă pe nimeni să rabde de foame. În paginile următoare vom arăta care sînt regulile alimentaţiei menite să vindece colecistita şi să împiedice apariţia litiazei biliare şi a crizelor de ficat, fără a face să scadă puterea de muncă a bolnavului prin restricţii alimentare prea severe sau îndelungate.

Ce trebuie făcut în criza de ficat?

Criza de ficat necesită asistenţă medicală de urgenţă. Pînă la venirea medicului, repausul la pat este obligatoriu. Durerea poate fi uşurată de aplicaţii calde (pernă electrică sau compresă caldă alcoolizată) în regiunea dureroasă. În caz de febră, termoforul este înlocuit cu o compresă rece sau cu o pungă de gheaţă. Un efect calmant îl au şi ceaiurile calde, puţin îndulcite. Medicamentele utilizate în aceste cazuri au rolul de a combate contracţia spastică a musculaturii aflate în pereţii căilor biliare. Cele mai folosite sînt preparatele de beladonă şi de papaverină.

Hepatita cronică

Hepatita cronică este o boală al cărei mers poate fi oprit printr-un tratament supravegheat de medic şi urmat cu stricteţe de bolnav. Hepatita cronică apare după hepatita epidemică, după o malarie netratată şi uneori după un sifilis neîngrijit la vreme sau tratat pe jumătate. O cauză frecventă rămîne însă abuzul de băuturi spirtoase. Ţuica, lichiorurile, rachiul, vinul şi chiar berea, în cantităţi mari sau repetate, intoxică întreg organismul, fiind dăunătoare mai ales pentru ficat. Evident că diversele cauze de hepatită cronică se pot aduna cîte două sau chiar trei, la aceeaşi persoană. Ele acţionează printr-un mecanism oarecum asemănător. Ficatul se congestionează mărindu-şi volumul. Sub influenţa toxicului sau agentului patogen, celulele hepatice

Scanned with OKEN Scanner

se distrug, locul lor fiind luat de ţesut conjunctiv cicatriceal. În aceste împrejurări, grăsimile, aduse la ficat prin alimentaţie şi care în mod normal se ard pentru nevoile organismului, tind să se depună în acest organ, încărcîndu-l şi împiedicîndu-l să funcţioneze corect. Ficatul continuă să se sclerozeze în porţiuni întinse, adică să sufere un proces lent de înlocuire a ţesutului hepatic cu ţesut conjunctiv, ceea ce îi distruge treptat structura normală. Dacă procesul merge mai departe, întreg ficatul se sclerozează, arhitectura normală a organului se distruge şi apare *ciroza hepatică*. Aceste tulburări au urmări grave asupra întregului organism. Se modifică treptat compoziţia sîngelui, funcţia rinichilor, circulaţia şi nutriţia generală a bolnavului. Bolnavul se simte obosit după cel mai mic efort. El se plînge adesea de balonări abdominale, de jenă dureroasă în regiunea ficatului şi de senzaţie de gust rău în gură, mai ales dimineaţa. Pofta de mîncare scade şi adesea apar scaune diareice. Uneori reapare icterul.

Toate aceste tulburări se pot vindeca, în special dacă tratamentul este început la vreme şi urmat sistematic şi cu perseverenţă, pentru a opri evoluţia hepatitei cronice şi a împiedica apariţia cirozei.

Regimul de viaţă al bolnavului de hepatită cronică

În primul rînd este nevoie de o viaţă cumpătată, cu ore fixe de masă, cu evitarea oricărei băuturi spirtoase şi cu cel puţin 14 ore de odihnă la pat din cele 24 ale zilei. Cînd la originea acestei boli stau un sifilis sau o malarie insuficient tratate, este necesară tratarea completă a acestora. Bolnavul de hepatită cronică îşi va îngriji orice alte suferinţe (abcese dentare, amigdalite etc.), pentru a-şi pune organismul la adăpost de alte boli care pot agrava în cele din urmă hepatita cronică. La fel, în epidemiile de gripă, el va evita aglomeraţiile, pentru a nu contracta boala.

În hepatita cronică, tratamentul principal îl reprezintă alimentaţia. Ea va trebui însă să fie controlată de medic, fiind în funcţie de starea bolnavului. Cînd nu se reţine apa în organism şi bolnavul nu are icter sau diaree, el se va conduce după următoarele reguli :

— alimentaţia se va compune mai ales din lapte sau iaurt, brînză de vaci proaspătă, cel puţin 400 grame pe zi, ouă (unul pe zi), carne slabă, dulciuri şi făinoase ;

— grăsimile vor fi alese dintre cele proaspete ca untul şi mai ales untdelemnul, neprăjit, în cantităţi care să nu depăşească 50—60 grame în total pe zi ; trebuie ţinut seamă că alimentele conţin grăsime în proporţii diferite : laptele circa 4%, carnea, chiar slabă, 10—15% etc. ; aici este vorba de grăsimile libere, ca unt şi ulei ;

— fructele şi legumele sînt permise, sub anumite forme (sucuri, fructe curăţate de părţile tari, legume fierte etc.), aşa cum se va arăta în paginile următoare ;

— băuturile alcoolice sînt interzise chiar în cantităţi mici ;

— sarea, piperul, muştarul, ardeiul iute se vor consuma în cantităţi reduse (în anumite cazuri, cînd apar edeme ale picioarelor, sarea se interzice), înlocuindu-le pe cît posibil cu lămîie, plante aromatice, suc de roşii şi alte alimente care dau gust mîncării.

După cum se vede, alimentaţia în hepatita cronică nu se deosebeşte mult de alimentaţia bolnavilor de colecistită.

Scanned with OKEN Scanner

Regimul de viață în convalescența hepatitei epidemice

După ce bolnavul s-a desgălbenit (în medie după o lună), el nu trebuie să se considere complet vindecat. După vindecarea aparentă, cel puțin încă 6 luni, anumite leziuni mai persistă în ficat, deși bolnavul se poate simți bine și toate semnele clinice ale hepatitei epidemice au dispărut. Decolorarea ochilor și a urinii, recolorarea scaunului, revenirea ficatului la dimensiuni normale, starea de bine și pofta de mîncare normală sînt simptome foarte îmbucurătoare, dar atenția trebuie să rămînă încă trează; supravegherea medicală periodică este necesară încă un an sau doi după însănătoșirea aparentă.

Cauza principală a evoluției hepatitei epidemice spre hepatită cronică o constituie abaterile bolnavului de la regimul de viață precris de medic. Băuturile alcoolice, abuzul de grăsimi și eforturile fizice și intelectuale agravează leziunile lăsate în ficat de hepatita epidemică. Agravarea se produce încet și progresiv, fără ca bolnavul să-și dea seama de ea decît atunci cînd apar semnele clinice ale hepatitei cronice. De aceea, după ieșirea din spital urmează perioada în care se consolidează vindecarea printr-o serie de măsuri dietetice și generale. Alimentația este foarte importantă din acest punct de vedere. Recolorarea scaunului este momentul în care o mică cantitate de unt proaspăt sau untdelemn (circa 30 grame) începe să fie permisă. Untul va fi adăugat proaspăt la alimentele pregătite (pe cartofi fierți, la macaroane, în supa de zarzavat etc.). Untura, slănina și seul rămîn interzise. Treptat, cantitatea de grăsime se poate mări pînă la 60—70 grame în total. Această cantitate este cuprinsă de exemplu în următoarele alimente (total) : lapte, 500 grame ; unt 20—25 grame (o lingură) ; untdelemn 30 grame (2—3 linguri). Celelalte alimente permise sînt : carnea slabă de vacă, de pasăre, pește alb (de rîu), telemeaua bine desărată, un ou pe zi, cartofii, morcovii, pastele făinoase, pîinea (se va prefera cea intermediară, care se va consuma prăjită), zarzavaturile, fructele, zahărul. În afară de aceste alimente, convalescenții de hepatită epidemică trebuie să mănînce zilnic circa 400 grame de brînză de vaci proaspătă. De asemenea este bine să ia după fiecare masă principală cîte o linguriță plină de drojdie de bere, aliment accesibil și foarte bogat în substanțe protectoare ale ficatului. Alcoolul rămîne interzis cel puțin un an. Pe urmă, dacă evoluția este bună, se permite bolnavului cîte un pahar de bere sau de vin tăiat cu sifon (apă), la masa de prînz. Conservele de carne, mezelurile, cîrnații, alimentele prăjite în grăsime trebuie evitate mult timp. Chiar și persoanele sănătoase au numai de cîștigat dacă renunță la aceste alimente.

Convalescenții de hepatită epidemică trebuie să se odihnească 14—16 ore la pat (cel puțin 8 ore de somn noaptea și 2—3 ore de repaus după fiecare masă principală). Repausul la pat pune ficatul în condiții optime de refacere, favorizînd astfel vindecarea completă a leziunilor lăsate de hepatita epidemică. În restul timpului se permit plimbări nu prea lungi și ocupații plăcute.

După dispariția icterului, controlul medical trebuie făcut lunar timp de 3—4 luni. După acest interval se permite practicarea unui sport ușor fără eforturi prelungite (tenis de masă, patinaj), sportul avînd un efect favorabil asupra sistemului nervos și metabolismului. Eforturile fizice mai ră-

Scanned with OKEN Scanner

mîn însă interzise timp de încă 3—4 luni și, uneori, dacă medicul crede necesar, chiar mai mult.

Regimul alimentar în bolile ficatului și ale căilor biliare

1. Bolnavii vor mînca încet, mestecînd bine, evitînd discuțiile și enervările în timpul mesei.
2. Nu vor bea în timpul mesei; vor lua între mese 1—2 ceaiuri calde de mentă, de mușețel, de sunătoare sau ceai hepatic.
3. După mesele principale vor sta culcați cel puțin o jumătate de oră.

Alimentele indicate pentru bolnavii de ficat și căi biliare sînt:

Băuturi: lapte dulce, lápte cu puțină cafea de orz, lapte amestecat cu ceai, lapte bătut (lapte acrit), iaurt, ceai de măceșe, ceai de flori de tei, de mentă, de sunătoare, ceai hepatic, siropuri de fructe, suc de fructe sau zarzavat, chisel din lapte sau zeamă de fructe.

Pîine: pîine albă și intermediară (pîinea trebuie să fie veche, uscată sau prăjită la cuptor).

Supe: supe de zarzavat cu adaos de făinoase, orez, griș, fulgi de ovăz, tăiței, găluște de griș, supe-cremă de dovlecei, conopidă, cartofi, borșuri de zarzavat cu perișoare (perișoarele trebuie fierte aparte), ciorbă de roșii, ciorbă „à la grec", ciorbă de zarzavat cu iaurt, supă de fructe.

Mîncăruri cu carne: rasol de vacă (slabă), de vițel, de găină sau pui, rasol împănat cu morcovi și cartofi, șnițel fiert sau umplut cu franzelă sau orez, perișoare și chiftele fierte.

Pește: slab ca linul, șalăul, știuca, sub formă de rasol.

Brînzeturi: brînză de vaci, caș slab dulce, urdă, telemea bine desărată.

Grăsimi: unt proaspăt și untdelemn neprăjit (sînt grăsimile cele mai indicate pentru bolnavii de ficat), adăugate la mîncăruri în apa de fierbere, sau la înăbușirea în apă, sau crude înainte de servire, în cantitate de cel mult 50—60 grame pe zi în total.

Ouă: omletă la abur preparată din albuș, sufleuri din albuș, 1/2 ou sau albuș de ou bătut în budinci; în hepatitele cronice ca și în ciroze se permite un ou pe zi.

Zarzavaturi și legume: fierte sub formă de sote sau trecute prin sită, în preparate sub formă de budinci sau sufleuri. Cartofi copți în coajă la cuptor, morcovi, dovlecei, mazăre verde fragedă, fasole verde tînără, sfeclă roșie (sub formă de salată), pătlăgele roșii, ardei grași, salată verde.

Fructe: fructe coapte, dulci, crude, curățate de coji și sîmburi sau sub formă de compot, sau coapte la cuptor (mere, gutui, pere), fără sîmburi și coji; strugurii se dau mai bine sub formă de suc (storși printr-un tifon).

Făinoase: griș, orez, fulgi de ovăz, mămăligă pripită, paste făinoase de orice fel (macaroane, fidea, tăiței etc.).

Sosuri: preparate dietetic, fără grăsime prăjită, cu zeamă de zarzavat sau lapte (sos alb, sos de roșii, sos cu verdeață, sos de zarzavat).

Dulciuri: prăjituri preparate din aluat uscat, cu brînză de vaci, cu fructe sau marmeladă, tarte cu fructe sau cu brînză de vaci, preparate tot din aluat uscat, sufleuri cu brînză de vaci, cu fructe, spumă de griș cu zeamă de fructe și spumă de fructe coapte cu albuș de ou, miere de albine, dulceață, șerbet, peltea, siropuri.

Condimente: sare în cantitate normală (în unele hepatite cronice și în

Scanned with OKEN Scanner

ciroze sarea se va restrînge după avizul medicului), verdețuri mărunt tocate (frunze de pătrunjel, de țelină, mărar, asmațuc, tarhon, leuștean), praf de vanilie, zeamă și coji de lămîie.

Constipația

În mod normal, evacuarea resturilor alimentare are loc la aproximativ 24 de ore după consumarea prînzului respectiv. Totuși, există persoane care, fără a fi bolnave, au un scaun la două zile, fără ca prin aceasta să se poată spune că ele suferă de constipație. Constipația înseamnă așadar evacuarea scaunului după mai mult de 48 de ore. Orice constipație apărînd mai mult sau mai puțin brusc, mai ales la o persoană în vîrstă, *trebuie semnalată medicului,* singurul în măsură să decidă diagnosticul și tratamentul.

Constipația este de cele mai multe ori cronică, adică durabilă și nedureroasă. Se face o distincție între constipația dureroasă, care alternează cu perioade de diaree sau apare la persoane ce avuseseră pînă atunci scaun regulat, și constipația obișnuită de care ne vom ocupa în cele ce urmează.

Constipația se datorește de cele mai multe ori întîrzierii din diferite motive a prezentării la toaletă cînd apare nevoia de a avea scaun. Această senzație specifică se explică prin faptul că sosirea materiilor fecale în utima porțiune a intestinului gros produce o destindere a acestuia. Dacă se amînă eliminarea scaunului din diferite motive, nevoia resimțită devine din ce în ce mai slabă și mai rară și astfel apare constipația. Dar și o alimentație nepotrivită poate da naștere constipației. În mod obișnuit, scaunul este format în bună parte din resturile alimentare neabsorbite în intestin. Aceste resturi stimulează peretele intestinal în executarea mișcărilor de evacuare, servind totodată drept teren pentru dezvoltarea microbilor intestinali care produc gaze și acizi de fermentație ce stimulează la rîndul lor mișcările intestinale. În schimb, o alimentație formată din făinoase de calitate superioară, dulciuri, carne și brînză, adică o alimentație lipsită de legume și fructe, deci săracă în resturi vegetale, lenevește intestinul și întîrzie evacuarea. Vara și toamna constipația este mai rară, tocmai datorită alimentației mai bogate în fructe și legume. Constipația mai poate fi datorită slăbirii puterii de evacuare a materiilor fecale. Aceasta depinde de forța de contracție a mușchilor abdominali care mărind presiunea în interiorul abdomenului, determină evacuarea scaunului. Există boli în care se produce slăbirea forței de contracție a acestor mușchi. Așa se întîmplă în obezitate, sarcini repetate, slăbire mare și bruscă. În cazurile de constipație obișnuită, desigur că este indispensabilă tratarea bolilor care slăbesc puterea de contracție a mușchilor abdominali, acolo unde există. În marea majoritate a cazurilor însă, constipația poate fi învinsă prin prezentarea regulată la scaun și printr-o dietetică potrivită, care să furnizeze intestinului suficiente resturi alimentare și să favorizeze astfel evacuarea regulată și ușoară. Este un obicei greșit de a nu mînca dimineața. Există un reflex care face ca contracțiile intestinului gros să devină mai active imediat după masă. De aceea micul dejun este obligatoriu.

Regimul va trebui să cuprindă : o cantitate mai mare de lichide reci care excită contracțiile intestinale ;

Scanned with OKEN Scanner

alimente bogate în celuloză, care măresc bolul fecal și ușurează fermentația; dulciuri concentrate (miere, dulceață, gem) care favorizează producerea fermentațiilor intestinale; o cantitate crescută de grăsimi pentru a excita secreția și excreția bilei și implicit contracțiile intestinului; alimente bogate în vitamina B_1, ca drojdia de bere și pîinea neagră.

Reguli de alimentație în constipație

— Dimineața se va lua pe stomacul gol (dacă bolnavul nu este obez) o linguriță de miere și un pahar de apă.

— Masa de dimineață se va lua cu regularitate.

— Se va mînca încet și se va mesteca bine.

— Se vor lua șase mese pe zi; este obligatoriu cel puțin la una sau două din cele șase mese să nu lipsească legumele și fructele crude. Fructele se vor consuma și între mese.

Alimente indicate în constipație

Băuturi: reci și îndulcite, în special băute dimineața pe stomacul gol; suc de fructe, de zarzavat, citronade, oranjade, ceai de măceșe, sifon, lapte (dacă este tolerat), lapte bătut și iaurt cu zahăr.

Supe: supe cu lapte, borșuri de zarzavat, de carne, de pește cu legume tăiate în bucăți mari sau ciorbe acrite cu zeamă de varză murată.

Carne și mîncăruri cu carne: carne de orice fel, grasă, gătită cu legume și sosuri, șnițel.

Pîine: de tărîțe, pîine neagră, cel puțin 200 grame pe zi.

Mezeluri: tobă, salam, afumături.

Pește: pește gras, pește sărat, prăjit, uneori afumat.

Ouă: omletă, jumări cu ceapă, cu verdeață, ochiuri sau ouă în preparate.

Brînzeturi: fermentate, grase sau sărate.

Grăsimi: de orice fel, untură, slănină, maioneză.

Zarzavaturi și legume: de orice fel, în special ca salate de crudități, rase pe răzătoare (pentru cei ce n-au dinți), fierte în ciorbe, borșuri sau sub formă de legume asortate, legume pane sau în mîncăruri cu sos bogat în grăsimi; cartofi sub orice formă; legume uscate (linte, mazăre, fasole), consumate ca garnitură lîngă carne.

Fructe: crude, de orice fel, consumate cu coajă, dulci, bogate în zahăr, rase pe răzătoare (pentru cei ce n-au dinți), mai ales fructe cu sîmburi, cireșe, corcodușe, caise, prune, piersici, smeură, fragi (se vor consuma fără restricții la mese și între mese, pe stomacul gol).

Fructe uscate: prune muiate de cu seară în apă sau compot de fructe uscate, curmale, stafide, fructe oleaginoase (nuci, alune, migdale, smochine).

Deserturi: înghețată, prăjituri cu fructe, cu nuci, alune, foietaj, aluaturi dospite, aluaturi proaspete, clătite, gogoși, baclava, marmeladă, dulceață, miere, compot din fructe fierte cu coajă.

Condimente: după gust, sare, muștar, hrean, oțet, ceapă, murături, puțin piper, ulei de parafină în salate; drojdie de bere dietetică în supe și ciorbe, în sosuri, în pireuri sau în diverse creme (pentru aport foarte important de vitamină B_1).

Alimente contraindicate în constipație

Băuturi: băuturi calde, ciocolată cu apă, cacao cu apă, ceai veritabil, cafea de ghindă, ceai de mentă. vin

Scanned with OKEN Scanner

roșu, suc de afine, chisel, lapte, dacă are efect constipant (se va adăuga lactoză).

Supe : de făinoase, în mod special cea de orez, supă de morcovi sau carote, supă simplă de carne.

Carne : slabă friptă sau fiartă în cantități mari ; piftie de carne slabă.

Brînzeturi : caș și urdă nesărată, brînză de vaci proaspătă.

Pîine : albă, prăjită.

Făinoase : budinci de orez, de griș, de macaroane, preparate cu carne fiartă, cu telemea desărată și cu grăsime puțină.

Legume : pireu de morcovi, sufleu de morcovi cu brînză.

Fructe : pireu de gutui, gutui coapte, sucuri de afine sau compot strecurat de afine.

Deserturi : ciocolată, cremă de cacao cu amidon, gelatină de gutui, de cacao, de ciocolată, vin roșu (conține tanin cu efect constipant), peltea de gutui ; aluaturi uscate cu puțină grăsime, budinci dulci uscate, din griș sau alte făinoase.

Colita

Colita este inflamația intestinului gros. Boala evoluează îndelung, cu perioade de sănătate aparentă, întrerupte de agravări provocate de abateri de la regim, emoții, stări de enervare, frig etc. Cauza colitelor cronice trebuie căutată în enterocolitele acute neîngrijite, în constipația cronică netratată care sfîrșește prin a duce la lezarea intestinului, în acțiunea iritantă a viermilor intestinali sau într-o digestie incompletă a alimentelor în stomac și intestinul subțire. Printre cauzele frecvente de agravare a colitelor cronice se citează și stările de tensiune nervoasă prelungită și repetată și unele obiceiuri neigienice ca mestecatul grăbit și incomplet al alimentelor, caracteristic celor ce mănîncă pe fugă sau n-au dantură bună, precum și abuzul de alimente iritante pentru intestin, ca legume și fructe crude, ceapă, usturoi, hrean, măsline, nuci, alune, marmeladă, bomboane, pîine neagră. Suferințele bolnavului constau în dureri abdominale, balonări și diaree precedată de colici și bolboroseli abdominale. Ca urmare a acestor suferințe, pofta de mîncare scade, bolnavul slăbește și prezintă de regulă tulburări nervoase ca depresiune, oboseală și preocupări exagerate de starea sa. Scaunul în colitele cronice prezintă unele caractere specifice. El este de regulă lichid sau moale, inform, prezentînd aspectul de „baligă de vacă", însoțit adesea de eliminare de mucozități, mai rar de sînge.

Colita se însoțește adesea de o predominență a florei de fermentație, în prima porțiune a intestinului gros. Caracteristica acestei flore, care în mod normal este prezentă în intestinul omului și are un rol util de completare a digestiei, este că trăiește pe seama anumitor resturi alimentare (celuloza fructelor și legumelor, amidonul nedigerat și zaharurile cînd sînt consumate în cantități mari) ajunse pînă în intestinul gros. Are loc o producere abundentă de gaze și substanțe acide iritante pentru pereții intestinali. De aici, balonările și bolboroselile abdominale, durerile și diareea. Deosebită de colita de fermentație, cea de putrefacție se caracterizează printr-o predominență, în intestinul gros, a florei microbiene respective, floră ce trăiește și se înmulțește mai ales pe seama albuminelor aflate în secrețiile intestinului inflamat.

Scanned with OKEN Scanner

Vindecarea colitelor este posibilă prin măsuri de ordin medical și dietetic, aplicate perseverent, de-a lungul unei perioade de timp mai lungi. Este bine de știut că ameliorarea stării bolnavului nu înseamnă și vindecare și că la noi abateri de la regim suferințele pot reveni, cu aceleași caractere ca la început. Deoarece bolnavii de colită cronică prezintă o anumită predispoziție constituțională pentru suferințe intestinale, predispoziție care se poate manifesta oricînd cu ocazia unui abuz de alimente iritante sau a unei perioade de tensiune nervoasă, aceștia trebuie să adopte definitiv unele reguli de igienă generală și alimentară, care să-i pună la adăpost de noi suferințe. Astfel, repararea danturii, mestecatul metodic, evitarea enervărilor, mai ales în timpul mesei, combaterea paraziților intestinali, acolo unde este cazul, combaterea perioadelor de constipație cu laxative ușoare, neiritante, ca sămînța de in sau uleiul de parafină sînt măsuri ce pot aduce vindecarea sau ameliorări substanțiale și de lungă durată. Nici un medicament nu poate înlocui însă dieta care, urmată perseverent, poate duce uneori la vindecare, chiar fără alte tratamente.

Reguli de alimentație în colită

Bolnavii vor mînca de preferință de cinci ori pe zi la aceleași ore.

— Mesele vor fi compuse din porții moderate ca volum, dar hrănitoare. Bolnavul, în general slab, va trebui să revină la greutatea normală.

— Se vor evita orice fel de lichide la masă.

— Lichidele reci sînt oprite.

— Se vor bea între mese ceaiuri călduțe de mușețel, mentă, sunătoare, măcese.

Regimul în colita de fermentație. Cînd bolnavul de colită este denutrit, ceea ce se întîmplă deseori din cauza restricțiilor pe care și le-a autoimpus, ca urmare a suferinței sau a unei diete greșit înțelese și prea prelungite, alimentația trebuie îmbogățită pentru recîștigarea greutății pierdute. Pentru aceasta, conținutul dietei trebuie să fie normal în ceea ce privește aportul de glucide, excluzînd însă celuloza și făinoasele greu digestibile, care fermentează ușor la nivelul colonului drept. Se vor consuma deci pîine albă prăjită, orez, griș și peltele, luate mai ales la sfîrșitul meselor, în cantitate moderată. Cantitățile de grăsimi vor fi normale. Grăsimile vor fi servite crude sau după fierbere înăbușită.

Aportul important de albumine de origine animală, susceptibile să schimbe substratul pe care se dezvoltă flora de fermentație, este însă prima măsură dietetică. Regimul va fi bogat în vitaminele din grupa B (decoct de tărîțe) și în vitamina C (sucuri de fructe). Se vor folosi metode culinare care să transforme alimentele, în așa fel ca să fie cît mai ușor de digerat. Se vor exclude adaosurile gustative iritante, dăunătoare, ca și alimentele excitante ale sistemului nervos.

Alimentele indicate în colita de fermentație sînt :

Băuturi : infuzie de mentă, de măcese, de mușețel, fiertură de tărîțe, cafea de ghindă, cacao cu apă, sucuri de legume, de fructe, chisel de cacao, chisel din sucuri de fructe, oranjadă sau citronadă (preparate cu apă în loc de sifon, uneori vin roșu vechi).

Pîine albă și prăjită tăiată în felii subțiri.

Făinoase : de calitate bună și ușor digerabile, ca făinuri de cereale bine rafinate, pudră de orez, zeamil, fidea, tăiței bine fierți și de preferință sub

Scanned with OKEN Scanner

formă de budinci sau sufleuri, mămăliguță moale pripită, dar bine fiartă; toate în cantități moderate.

Carne și mîncăruri cu carne: carne slabă de vacă, de vițel, de porc slabă, cotlet de berbec, ficat, carne de găină sau de pui, de preferință tocate, fripte la grătar sau fierte înăbușit, friptură la cuptor, chiftele marinate dietetice, ardei umpluți sau musaca; mai rar mîncăruri de carne cu legume în cantitate mică (dintre cele permise mai jos), cu sosuri dietetice, adică fără grăsime prăjită.

Mezeluri: șuncă slabă, parizer dietetic, crenvurști dietetici.

Pește: pește slab de rîu, pește în aspic, pește rasol, pește fript în pergament la cuptor, pește fript la grătar sau saramură moderat sărată, conserve de „șalău rasol dietetic".

Ouă: în supe sau în budinci și sufleuri; omletă dietetică, ou fiert, spumă de albuș.

Brînzeturi: brînză de vaci, urdă, caș nesărat, telemea desărată, cașcaval moale nu prea sărat, șvaițer.

Legume: carote, dovlecei, fasole verde fragedă, conopidă, morcovi, cartofi în cantitate mică preparați în supe-creme, pireuri, sufleuri fierte la abur sau budinci; rareori și în cantitate moderată, mîncăruri de legume cu carne și sosuri dietetice.

Salate: sfeclă coaptă la cuptor și apoi rasă, salată verde tînără, mărunțită sau opărită o clipă în apă clocotită, roșii bine pîrguite, fără coji și sîmburi, morcovi sau carote rase foarte mărunt, rareori ardei gras bine copt, tăiat ca tăiteii subțiri (salatele se permit în cantități care să nu depășească 100—150 g). Salatele de crudități nu sînt suportate la fel de toți bolnavii, de aceea vor fi permise numai cu avizul medicului.

Fructe: rareori, cînd starea intestinului este perfect restabilită, sînt permise piersici și pere pergamute crude. Ele vor fi curățite de coajă. De preferință se vor bea însă între mese ca sucuri. Se permit: fructe coapte la cuptor, rareori pireuri de fructe crude rase, compot din fructe curățite de coajă, puțin îndulcit, în cantitate moderată, gelatine din sucuri de fructe, sufleuri din pireuri de fructe și albuș, coapte la cuptor (mereng).

Supe: slabe, de carne, parțial degresate, sau supe de oase strecurate, cu perișoare de carne, fulgi (zdrențe) de ou, găluști de brînză, supă de carne cu orez, supă de legume cu orez și lămîie, de chimen cu pîine prăjită, de tărîțe, supă-cremă de pasăre.

Grăsimi: unt crud, ulei fiert înăbușit cu soteuri de legume (permise) sau fiert în sos dietetic, puțină frișcă.

Sosuri: alimentația coliticului este bine să fie uscată. Pentru varietate însă și pentru gust, se pot permite uneori numai sosurile dietetice pregătite cu unt sau untdelemn fiert, pe bază de zeamă de carne. Sosul se poate lega în loc de făină cu zeamă de orez fiert. Sînt permise sosul de legume date prin sită, sosul de roșii coapte, de morcovi, de lămîie și untdelemn, de vin roșu, de afine și cacao.

Deserturi: gelatine din ceai de mentă, cacao, sucuri de fructe și brînză de vaci, spumă de griș cu sos de cacao sau suc de afine, tarte cu peltea de gutui, aluat fiert (ecler), aluat uscat, biscuiți de albuș și biscuiți fără cremă, peltele, spumă de albuș bătută cu zahăr în loc de frișcă.

Condimente: pentru carne și sosul de friptură se recomandă cimbru uscat cernut prin sită, uneori ceapă fiartă și apoi trecută prin sită, foarte

Scanned with OKEN Scanner

puţin usturoi, foi de dafin în cantitate mică, verdeţuri tocate, de asemenea în cantitate mică ; pentru deserturi se pot folosi vanilină, cîte puţină scorţişoară, coajă rasă de lămîie sau de portocală.

Conserve : conserve de carne slabă, de vacă, de viţel sau de pasăre fierte în suc propriu sau cu aspic, „şalău dietetic", „perişoare fierte în supă de carne", „perişoare în sos de roşii".

Diverse : pentru acrit supele se pot folosi sucul de lămîie, sarea de lămîie diluată, borşul sau iaurtul în cantitate moderată (cîte o lingură la porţie).

Toate aceste alimente nu sînt suportate la fel de toţi bolnavii de colită. De aceea, trebuie avută în vedere şi toleranţa personală a fiecăruia. Important este ca porţiile de mîncare să fie moderate. Este posibil ca alimentele, de obicei bine tolerate, să producă o diaree atunci cînd se face abuz şi, dimpotrivă, un aliment nepermis să fie perfect tolerat dacă este consumat într-o cantitate foarte mică.

Alimentele contraindicate în colita de fermentaţie sînt :

Băuturi : spirtoase (ţuică, drojdie, vermut, bere), lapte bătut, iaurt acru, sifon, suc de mere, must, băuturi reci.

Pîine : neagră, caldă sau neprăjită.

Făinoase : de proastă calitate, insuficient fierte, preparate cu grăsimi prăjite, cu marmeladă, nuci, prune.

Carne : grasă, de porc, gîscă, raţă, vînat, preparată cu grăsimi interzise sau prăjită, uneori cu legume interzise şi rîntaş de ceapă, tocături picante cu ceapă prăjită ; conserve de carne cu condimente picante, cu ceapă, grăsime prăjită, carne conservată prin sărare, afumare, marinare ; raci, sardele, macrouri ; peşte prăjit sau pane.

Brînzeturi : fermentate, foarte sărate.

Ouă : prăjite, maioneză, ouă cu muştar, ouă umplute cu sardele, ciuperci sau orice sos picant cu grăsime prăjită.

Legume : ridichi, gulii, castraveţi, varză, conopidă, ceapă, praz ; prăjite, gratinate (prăjite la cuptor), chifteluţe de legume prăjite, preparate cu rîntaş de ceapă prăjită, fasole, linte, mazăre uscată.

Fructe : crude, necoapte, acre, cu coji şi sîmburi, compot mult îndulcit sau cu coji, castane ; fructe uscate : stafide, curmale, smochine, caise uscate, prune uscate sau în compot ; fructe oleaginoase : nuci, alune, migdale.

Supe : grase de carne sau peşte, borşuri sau supe de zarzavaturi nepasate, supe de leguminoase, ciorbe acrite cu zeamă de varză sau de murături, orice supă cu rîntaş şi colorată cu boia.

Grăsimi : untură, slănină, smîntînă, orice grăsime prăjită, frişcă în cantitate mare.

Sosuri : maioneze, sos de muştar, sosuri de rîntaş cu ceapă, cu piper, cu boia, sos marinat, sos de ciuperci.

Deserturi : prăjituri cu cremă de unt, de migdale, plăcinte cu multă grăsime, aluaturi dospite, aluaturi proaspete, aluaturi cu nuci, alune, marmeladă, compoturi mult îndulcite, nepasate, îngheţată, gogoşi, clătite, fructe zaharisite, miere, dulceaţă, gem, şerbet.

Condimente : ceapă crudă, ceapă prăjită, boia, ardei, muştar, oţet în cantitate mare, verdeţuri tocate mare.

Scanned with OKEN Scanner

EXEMPLE DE MENIURI PENTRU COLITA CRONICĂ

Iarna și primăvara

EXEMPLUL I

Ora 7 : Ceai, pîine albă prăjită, brînză de vaci, peltea de fructe
Ora 11 : Tartină cu pastă de carne
Ora 15 : Supă de pasăre cu găluşti de griş,
Găină rasol, pireu de spanac
Gelatină de cacao
Ora 18 : Ceai de mentă, biscuiţi
Ora 21 : Spaghete cu unt şi telemea,
Mere coapte

EXEMPLUL II

Ora 7 : Cafea de orz cu lapte *, pîine albă prăjită, unt, peltea
Ora 11 : Tartină cu pastă de sardele frecată cu unt
Ora 15 : Supă de legume strecurată, cu zdrenţe de ou,
Grătar de vacă, fasole verde (conserve) à la grec,
Budincă de zeamil cu vanilie
Ora 18 : Gelatină de afine
Ora 21 : Pilaf cu şuncă şi unt,
Spumă de griş

Vara şi toamna

EXEMPLUL I

Ora 7 : Ceai cu lapte, pîine albă prăjită, telemea, o linguriţă de peltea de gutui
Ora 11 : Tartină cu pastă de carne
Ora 15 : Supă de pui cu fulgi de ou,
Pui fript, pireu de morcovi,
Ceai, gelatină şi zeamă de fructe
Ora 18 : Tartină cu pastă de carne
Ora 21 : Peşte alb în aspic,
Cremă de vanilie la ceaşcă.

EXEMPLUL II

Ora 7 : Cacao cu apă, pîine albă prăjită, unt, o linguriţă de peltea
Ora 11 : Tartină cu telemea
Ora 15 : Cremă de legume,
Budincă de orez cu carne şi sos de roşii dietetic,
Gelatină cu suc de fructe
Ora 18 : Tartină cu telemea
Ora 21 : Viţel rece cu salată de roşii, curăţate de coji şi sîmburi, în cantitate de 150—200 grame,
Lapte de pasăre.

---

* Laptele nu se dă simplu, ci tăiat cu ceai sau cu apă.

Scanned with OKEN Scanner

Diareea

Diareea se datorește de cele mai multe ori, mai ales vara, unei toxi-infecții alimentare. Dacă scaunele diareice sînt prea dese și abundente, este mai bine să se renunțe la purgativ, care în aceste cazuri agravează deshidratarea organismului provocată de vărsături, diaree și transpirații (febră).

Repausul la pat este obligatoriu. Se vor consuma în primele 24 de ore numai lichide calde, în cantitate de cel puțin 1—1½ litri și anume : ceai rusesc concentrat, ceai de mentă, numai puțin îndulcite, supă de zarzavat strecurată, cu 2—3 grame sare la ceașcă, zeamă caldă în care a fiert orez, de asemenea sărată, pentru a compensa pierderile de sare prin vărsături sau diaree.

Aplicarea unei comprese alcoolizate pe abdomen sau a unei perne electrice ușurează durerile. Același efect îl au extractele de papaverină sau beladonă, care vor fi luate însă cu avizul medicului.

Se va renunța la antibiotice, care nu scurtează evoluția bolii. Se recomandă sulfamide cu mică capacitate de resorbție din intestin, gen ftalilsulfatiazol CIF. În acest caz se vor evita purgativele saline (sulfat de sodiu sau magneziu).

Clasica cură de mere este eficientă numai dacă se respectă indicațiile ei : se exclude orice alt aliment, iar merele, curățate de coajă, se rad pe o răzătoare de sticlă pînă iau aspectul unei mase spumoase, brune. Se iau cinci porții de circa 200 grame în decurs de 16—18 ore.

În următoarele zile alimentația se lărgește treptat, adăugînd orez, brînză de vaci proaspătă, unt neprăjit, pîine albă rumenită pe plită, carne tocată și fiartă (perișoare legate cu albuș de ou și orez), spaghete, gelatine de brînză de vaci sau de suc de fructe, puțin îndulcite.

Constipația care apare în urma unui asemenea regim lipsit de reziduuri se combate cu sămînță de in și prin adaosul treptat de pireuri de legume (morcovi, spanac, dovlecei) sau fructe coapte la cuptor (mere, gutui).

Diabetul zaharat

Diabetul este o boală caracterizată printr-o scădere a capacității organismului de a utiliza glucoza. Datorită progreselor medicale din ultimii 45 de ani avem astăzi mijloacele necesare să compensăm în așa măsură această incapacitate, încît diabeticul tratat să poată fi considerat egal unui om sănătos. Într-adevăr, cunoașterea, înțelegerea și aplicarea consecventă a cîtorva reguli de viață și alimentație permit oricărui diabetic să ducă din toate punctele de vedere viața omului sănătos.

Cauzele diabetului

Alimentația. Abuzul de glucide și în special de dulciuri poate duce la diabet, mai ales la persoanele predispuse sau în convalescența unor boli care fragilizează pancreasul (oreion, hepatită epidemică, pneumonie).

Ereditatea. Aproximativ jumătate din totalul cazurilor de diabet dintr-o comunitate sînt ereditare, adică sînt expresia unei predispoziții moștenite pentru diabet. Aceasta înseamnă că toți cei care au rude de sînge

Scanned with OKEN Scanner

diabetice trebuie să controleze din 6 în 6 luni dacă nu le apare glucoza în urină sau nu prezintă creşteri ale glicemiei peste nivelul normal (vezi mai jos). De asemenea, cei cu diabet în familie trebuie să evite excesul de dulciuri şi obezitatea, pentru a evita apariţia bolii.

Obezitatea este cauza a peste 80% din cazurile de diabet care apar după 40—50 de ani. Aşa cum se va arăta, omul care se îngraşă peste măsură îşi oboseşte şi în cele din urmă epuizează pancreasul endocrin, ceea ce explică apariţia diabetului.

Există şi alte cauze care favorizează apariţia diabetului, dar ceea ce interesează mai ales pe cei predispuşi familial este faptul că abuzul sau uzul necontrolat al anumitor medicamente pot provoca sau favoriza de asemenea apariţia diabetului. De aceea, cortizonul şi derivaţii săi şi diureticele tip Nefrix vor fi luate numai sub controlul medicului şi al analizelor repetate (glicozurie, glicemie, eventual hiperglicemie provocată).

Mecanismul îmbolnăvirii

Pătrunderea şi arderea glucozei în ţesuturi sînt favorizate de un hormon[1] numit insulină, secretat de pancreas. Diabeticul suferă de o lipsă relativă sau absolută de insulină. Din acest motiv, el nu poate arde glucoza în cantitate suficientă pentru nevoile organismului. Rezultatul este că glucoza se adună în sînge, unde trece de cantitatea normală de 1—1,20 grame la litru, pe nemîncate. Cînd glucoza din sînge, adică glicemia, ajunge la 1,60—1,80 g la litru, ea începe să treacă în urină, unde în mod normal nu există. Prezenţa glucozei în urină se numeşte glicozurie şi reprezintă o dovadă că glucoza a crescut prea mult în sînge. Se numeşte „prag renal" concentraţia maximă a glucozei din sînge, deasupra căreia apare glicozuria (fig. 37 A).

La diabetici, deşi în sînge se găseşte glucoză în cantitate mare, ţesuturile n-o pot folosi. De aceea, glucoza se elimină prin urină. Ţesuturile sînt deci lipsite de combustibilul lor obişnuit. Organismul caută în acest caz să-şi procure glucoza şi din alte surse decît glucidele alimentare. Protidele din carne, brînză şi ouă, dar mai ales din ţesuturile diabeticului, care începe astfel să slăbească şi să-şi piardă puterile, sînt transformate în parte în glucoză. Nici această glucoză fabricată pe seama ţesuturilor bolnavului nu poate fi folosită de organism, ci contribuie şi ea să sporească glucoza din sînge, care atinge astfel 3—4 grame la litru şi chiar mai mult. Cea mai mare parte din această glucoză se pierde prin urină şi o dată cu ea şi o cantitate corespunzătoare de apă şi sare. Acest fapt explică *setea* şi *nevoia continuă de a urina* a diabeticului, care ajunge să elimine 3—4 şi chiar mai mulţi litri de urină în 24 de ore. Aceste simptome, împreună cu *slăbirea* şi *oboseala*, sînt caracteristice diabetului decompensat. Alt simptom este *foamea* accentuată, semn al distrugerii ţesuturilor proprii şi al incapacităţii de utilizare a glucozei. Dacă bolnavul nu începe tratamentul şi se lasă antrenat de foame, mîncînd fără socoteală, el nu face decît să contribuie la dezechilibrarea şi agravarea diabetului.

În general, diabeticul poate utiliza numai o mică cantitate de glucoză, insuficientă pentru acoperirea nevoi-

[1] Se numeşte hormon o substanţă fabricată de o glandă cu secreţie internă (care îşi varsă produsul direct în sînge).

Scanned with OKEN Scanner

lor organismului. Organismul diabeticului caută să-şi procure energia pe care glucoza nu o mai poate furniza din grăsimi şi albumine. Acestea nu sînt izvoarele obişnuite de energie, dar organismul le poate utiliza dînd naştere la substanţe toxice, aşa numiţii *corpi cetonici*. Aceştia, fiind acizi, intoxică organismul prin starea de acidoză pe care o produc. Corpii cetonici se elimină prin urină şi prin respiraţie sub formă de ace-

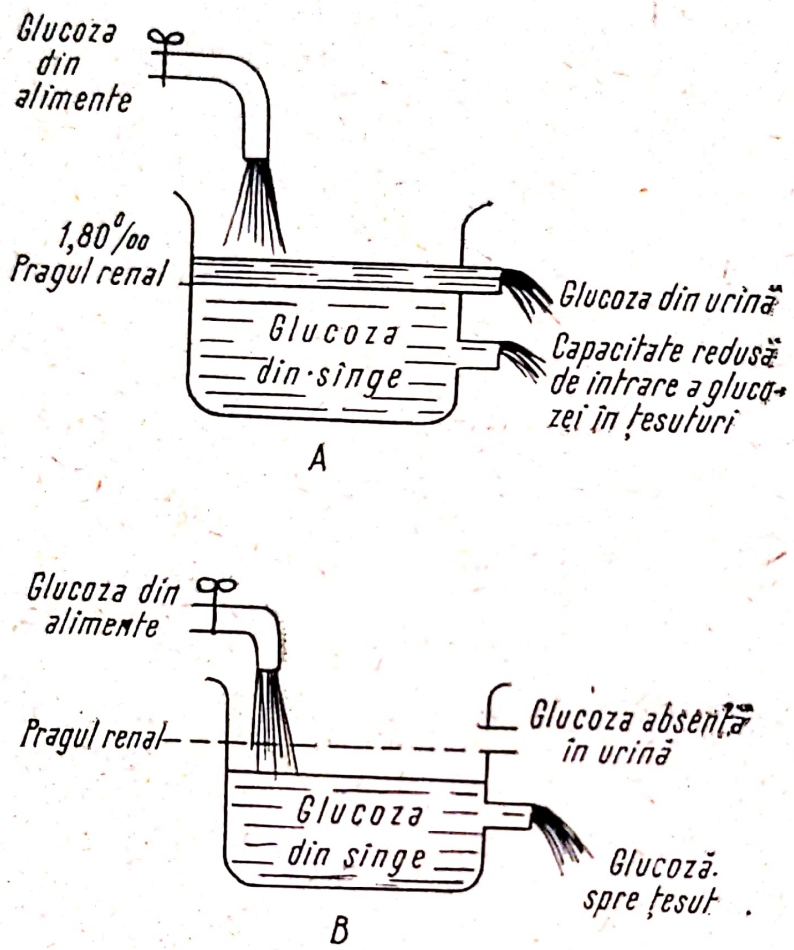


Fig. 37. — Schema tulburărilor metabolice în diabetul zaharat :

A — cu cît diabeticul va mînca mai multe alimente glucidice, cu atît robinetul de sus va lăsa să se scurgă mai multă glucoză, care se va pierde fără folos prin urină, o dată cu apa şi sărurile necesare organismului ; *B* — diabeticul care mănîncă cu măsură, utilizează alimentele glucidice fără să-i crească glucoza în sînge şi fără să apară glucoza în urină.

cu condiţia ca în acelaşi timp glucoza să ardă normal. Să facem comparaţia cu o sobă în care, dacă focul este alimentat bine cu lemne, pot arde şi cărbuni ; dacă nu, cărbunii ard mocnit, scoţînd fum. Acesta este şi cazul diabeticului care, în lipsa glucozei, arde albumine şi grăsimi, tonă, substanţă care are un miros caracteristic acru-aromat (de mere putrede). Din cauza corpilor cetonici toxici care se acumulează în organism, diabeticul începe să verse, ceea ce contribuie şi mai mult la pierderea de apă şi sare prin vărsături. În acelaşi timp, pierderea de sare prin

urină se agravează, deoarece rinichiul elimină „corpi cetonici" combinați cu sodiu, constituent principal al sării. Lipsit de lichidele necesare, intoxicat cu corpi cetonici, diabeticul intră în comă, pierzîndu-și cunoștința. Atenție: *urgență medicală.*

Nu orice diabet este la fel de grav. La unii diabetici, acetona poate să nu apară, iar glicemia, deși trece de 1,60—1,80 grame la litru, nu atinge cifre prea mari. Aceștia de obicei nu cad în comă diabetică. Țesuturile lor însă, îmbibate cu glucoză, suferă. În aceste cazuri, setea, nevoia de a urina des și mult și mirosul de acetonă al respirației pot să nu apară. Aceasta nu înseamnă că boala merge bine. Glucoza din sînge este crescută și, fără o analiză specială, această manifestare a bolii rămîne necunoscută diabeticului, care se crede sănătos.

Complicațiile diabetului

Creșterea cantității de glucoză în sînge și tulburările umorale și tisulare asociate expun la o mulțime de complicații grave. Infecțiile de tot felul (furunculoză, eczeme, erizipel, abcese dentare, supurații ale urechii) dovedesc că țesuturile diabeticului netratat nu se pot apăra suficient de microbi. Infecțiile dentare sînt cauza pierderii dinților, accident frecvent la diabeticii nedisciplinați. Tuberculoza pulmonară apare mai des la diabetici decît la nediabetici. Ea progresează repede dacă diabeticul nu se îngrijește. Este indicat în orice caz oricărui diabetic un control pulmonar de două ori pe an. Pierderea vederii este tributul plătit indisciplinei de către diabeticul care mănîncă fără măsură și nu-și controlează glucoza în sînge și urină. Ea se datorește cataractei sau uneori retinitei diabetice. Bolile nervilor periferici (polinevrita, paralizia nervului facial sau paralizia mușchilor globului ocular) dovedesc suferința sistemului nervos al diabeticului dezechilibrat. Arterita și gangrena diabetică, angina de piept și bolile vaselor de sînge, în general, pun cîteodată capăt vieții unor diabetici, care cu un plus de atenție acordată regimului igieno-dietetic ar fi putut evita aceste complicații.

Tratamentul diabetului

În primul rînd, diabeticul trebuie să știe că tratamentul cel mai strict nu vindecă boala. Diabetul durează toată viața. În schimb, atunci cînd este tratat, el nu produce nici unul din simptomele care caracterizează majoritatea altor boli și chinuiesc bolnavii. Tulburările caracteristice diabetului se pot corecta, întocmai cum tulburările de vedere se pot corecta cu ochelari. Dar după cum ochelarii nu vindecă tulburările de vedere, ci numai le corectează, nici tratamentul nu poate vindeca diabetul, ci numai îl compensează. Ca și miopul, care din clipa în care a scos ochelarii încetează să mai vadă, tot așa se dezechilibrează diabeticul care se abate de la regim sau nu-și face injecția cu insulină, fie chiar numai o singură zi, indiferent dacă pînă atunci a fost disciplinat. Aceasta înseamnă că diabeticul, pentru a duce viața unui om sănătos, are nevoie de voință pentru a urma zi de zi, lună de lună și an de an tratamentul indicat, care, după cum vom vedea, nu este complicat. În schimb, el ferește bolnavul de complicațiile grave enumerate mai sus.

Tratamentul diabeticului constă în:

— **regim alimentar cu glucidele reduse la o cantitate precisă** și, uneori,

Scanned with OKEN Scanner

— **injecţii cu insulină sau tratament cu tablete antidiabetice.**

Restrîngerea consumului de glucide nu înseamnă înfometare. Diabeticul are la dispoziţie numeroase alimente lipsite de glucide, din care poate mînca destul ca să se sature. Acestea sînt carnea, ouăle, brînza, peştele, grăsimile (unt, untdelemn, margarină, slănină) şi verdeţurile ca salata verde, spanacul, urzicile, ştevia, varza, sparanghelul, ridichile, roşiile, ardeii, castraveţii.

Iată, prin comparaţie, raţia alimentară a unui om normal de 60 kg, cu profesiune sedentară, alături de raţia unui diabetic cu aceeaşi greutate şi ocupaţie :

Alimentul	Grame		Calorii	
	Normal	Diabetic	Normal	Diabetic
Glucide . .	350	200	1 400	800
Proteide . .	60	90	240	360
Lipide . . .	80	100	720	900
Total:	×	×	2 360	2 060

După cum se vede, scăderea glucidelor este compensată de creşterea cantităţii de protide şi lipide, astfel că raţia, din punct de vedere caloric, să fie aproape egală.

În privinţa glucidelor nu există numai o restricţie cantitativă. Unele alimente ca zahărul, dulceaţa, marmelada, bomboanele şi toate zaharicalele în general, sînt strict interzise diabeticului. Aceste dulciuri, fiind prea bogate în zahăr, fac să crească repede şi pronunţat cantitatea de glucoză din sînge, mai înainte de a fi posibilă utilizarea lor. Diferitele alimente nu sînt la fel de bogate în glucide. Cunoscînd conţinutul aproximativ în glucide al alimentelor, diabeticul îşi poate alcătui singur meniul zilnic, în funcţie de cantitatea de glucide permisă de medic. Această cantitate este aproximativ de 200 grame glucide în 24 de ore, conţinută, de exemplu, în următoarele alimente (cu aproximaţie) :

— mere 300 grame (30 grame glucide) ;

— cartofi 250 grame (50 grame glucide) ;

— lapte $^1/_2$ litru (20 grame glucide) ;

— pîine 200 grame (100 grame glucide), la care, evident, se adaugă alimentele conţinînd numai protide şi lipide.

Aceeaşi cantitate de glucide poate fi furnizată şi de alte alimente, din cele cuprinse în tabelul de la pag. 127.

Meniul depinde de preferinţele şi posibilităţile bolnavului, de sezon etc. Dacă regimul prescris cuprinde, ca mai sus, 300 grame mere, tabelul din pagina următoare arată că merele conţin circa 10% glucide.

O simplă înmulţire arată că 300 grame de mere aduc 10 grame × 3 = = 30 grame de glucide. Pe cel care doreşte să înlocuiască aceste 300 grame de fructe cu pîine, tabelul îl învaţă că pîinea conţine 50% glucide, adică jumătate din greutatea ei, deci cele 30 grame de glucide furnizate de mere vor fi conţinute în 60 grame de pîine. În general, însă, nu este bine să se renunţe la consumul fructelor şi al zarzavaturilor, în profitul altor alimente glucidice, deoarece cele dintîi sînt bogate în vitamine şi săruri minerale necesare oricui şi mai ales diabeticului. În plus, zahărul conţinut în fructe este mai bine tolerat de diabetic decît glucoza.

Pentru celelalte alimente, care nu conţin glucide sau care conţin o cantitate prea mică, cîntărirea nu este

Scanned with OKEN Scanner

Conţinutul aproximativ în glucide al principalelor alimente

(în g la 100 grame de alimente)

4%	5%	10%	10%
Lapte Brînză de vaci Iaurt Urdă	Pepene verde Coacăze Fragi Portocale [1] Grappe-fruit [1] Mandarine [1] Lămîi [1] Afine	Căpşuni Smeură Agrişe Mure Mere [1] Piersici Cireşe timpurii Vişine Prune nu prea coapte	Nuci [1] Alune [1] Morcovi Ceapă Mazăre verde Praz Varză de Bruxelles Carote Ţelină
12%	**15%**	**20%**	**50%**
Mămăligă pripită Fasole boabe fierte	Caise Cireşe tîrzii Pere pergamute Prune coapte Mere ionatane	Cartofi Paste făinoase fierte Orez fiert Fulgi de ovăz fierţi Griş fiert Arpacaş fiert	Pîine proaspătă [2]

[1] Cîntărite cu coajă.

[2] Există diferenţe între diferitele feluri de pîine. Diabeticului i se recomandă de preferinţă pîinea integrală, care se găseşte actualmente pe piaţă sub numele de pîine intermediară

obligatorie cu aceeaşi stricteţe şi regularitate cu care este obligatorie aprecierea greutăţii alimentelor glucidice. Totuşi, este bine să se ştie că lipidele nu trebuie consumate în cantităţi prea mari, deoarece predispun pe unii diabetici la acidoză, iar cu timpul pot favoriza încărcarea cu grăsimi a pereţilor arteriali, grăbind apariţia gangrenei diabetice sau a anginei de piept. Dintre lipide sînt recomandabile cele vegetale, ca uleiul, mai ales uleiul de germen de porumb şi mai puţin untura, untul, slănina şi gălbenuşul de ou. Totuşi şi acestea pot figura în alimentaţia diabeticilor, cu condiţia să nu depăşească jumătate din totalul raţiei de grăsimi, care se ridică la circa 80—100 grame în 24 de ore.

Sînt de asemenea lipsite de glucide alimentele bogate în protide, ca ouăle, carnea, peştele şi brînzeturile, afară de urda şi brînza de vaci care conţin mici cantităţi.

Alături de acestea menţionăm legumele şi salatele sărace în glucide, care pot şi trebuie să completeze regimul zilnic al diabeticului. Dăm mai jos legumele sărace în glucide.

Legumele permise

(pot fi consumate fără cîntărire prealabilă)

Roşii	Ardei	Ridichi
Spanac	Varză albă	Conopidă
Sparanghel	Varză acră	Lăptuci
Vinete	Varză roşie	Fasole verde
Ciuperci	Andive	Bame
Păpădie	Castraveţi	Untişor
Ştevie	Dovlecei	Urzici

Scanned with OKEN Scanner

În ceea ce privește insulina sau tabletele antidiabetice (tolbutamid, meguan), acestea nu sînt recomandate tuturor diabeticilor. Ele se iau *numai* la indicația și sub controlul medicului. În nici un caz ele nu scutesc de ținerea regimului.

Dacă tratamentul este bine urmat, controlul periodic al glucozei din sînge și urină și controlul greutății diabeticului trebuie să arate o glicemie sub 2 g‰, o glicozurie sub 10 grame în 24 de ore și menținerea greutății corporale neschimbate [1].

Accidentele tratamentului cu insulină

Hipoglicemia (scăderea zahărului în sînge) este accidentul cel mai frecvent al tratamentului cu insulină. Ea apare la 2—4 ore după injecția cu insulină cristalină sau la circa 12 ore, cînd s-a folosit insulina cu efect prelungit.

Cum se manifestă? Prin amețeli, oboseală, transpirații, senzație acută de foame, tremurături și palpitații. Dacă accesul se prelungește apar tulburări nervoase asemănătoare intoxicației cu alcool (beție). Într-o fază mai înaintată, deși foarte rar, șocul hipoglicemic poate ajunge la crize convulsive și paralizii trecătoare.

Cauzele hipoglicemiei țin de mai mulți factori:

1. S-a injectat o doză de insulină mai mare decît cea permisă.

2. Masa nu a urmat în termenul indicat după injecția de insulină. Pentru cei care mănîncă la o cantină este bine să-și facă injecția numai dacă sînt siguri că vor fi serviți în cel mult o jumătate de oră după injecție.

3. Diabeticul a avut vărsături după masă, pierzînd astfel o parte din glucidele consumate după injecția de insulină.

4. Nu s-a consumat cantitatea de glucide prescrise (eroare de apreciere la cîntar, lipsa ingredientelor necesare, neglijență etc.).

5. Glucidele au fost rău repartizate pe mese, de exemplu cînd s-a consumat toată pîinea dimineața și seara, deși injecția cu insulină se face numai la prînz.

6. În urma unui efort fizic violent sau prea prelungit. Acesta se face cu consum de glucoză proporțional cu intensitatea efortului. Consumul suplimentar de glucoză poate duce la un șoc hipoglicemic, efectul hipoglicemiant al insulinei adăugîndu-se efortului fizic.

Cum se combate accidentul hipoglicemic? Mîncînd imediat o bucată de pîine, un măr, un cartof sau un alt aliment glucidic. Numai în cazurile mai grave este nevoie să se recurgă la zahăr sau la injecțiile cu soluție glucozată în venă.

Cum trebuie evitată repetarea hipoglicemiei? Semnalizînd imediat medicului apariția accidentului și examinînd, împreună cu el, cauza lui.

Diabetul dezechilibrat – acidoza

Care sînt *cauzele* care dezechilibrează diabetul?

1. Abaterile de la regim, care duc la mari creșteri ale glicemiei și la epuizarea pancreasului endocrin.

2. Scăderea nejustificată a dozelor de insulină sau mai ales întreruperea lor bruscă.

3. Neconsumarea cu regularitate a cantităților de glucide recomandate zilnic.

---

[1] Afară de cazurile cînd medicul crede necesară scăderea sau creșterea în greutate.

Scanned with OKEN Scanner

4. O complicaţie infecţioasă, chiar dacă regimul şi tratamentul cu insulină au fost urmărite cu stricteţe.

5. Orice cauză de tulburare psihică sau fiziologică (accidente, enervări, griji, surmenaj, oboseală fizică excesivă).

Care sînt *semnele* diabetului dezechilibrat ?

Dezechilibrarea diabetului, în afara unei complicaţii infecţioase (gripă, abcese dentare, tuberculoză), nu se face brusc. Diabeticul poate să nu simtă nimic o perioadă de cîteva zile şi uneori chiar mai mult, deşi i-a crescut glicemia peste 2 g‰, iar glicozuria a depăşit cu mult cifra de 10 g în 24 de ore. În aceste cazuri, numai analizele informează asupra stării bolnavului (de unde reiese importanţa controlului periodic de laborator). Cu timpul, diabeticul *începe să urineze din ce în ce mai mult şi mai des*. Pierderea de apă şi săruri prin urină este însoţită de o *sete* din ce în ce mai chinuitoare. Alte semne sînt *pierderea în greutate*, în ciuda *foamei* permanente care obligă bolnavul să mănînce mereu, şi o *slăbiciune* care-l face inapt pentru eforturile fizice sau intelectuale. Curînd apare acetona, care poate duce într-un timp foarte scurt la comă diabetică. Mai întîi apar *vărsăturile*, uneori *diareea*, totdeauna *somnolenţa*, deseori *dureri de cap* şi *dureri abdominale*. Foarte caracteristică pentru acidoză este *respiraţia adîncă şi zgomotoasă*, cu mirosul caracteristic de acetonă.

Ce măsuri trebuie să luăm în caz de acidoză ? Acidoza diabetică nu se poate trata la domiciliul bolnavului, nici de bolnav, nici de familia acestuia.

1. Prima măsură este chemarea medicului sau transportarea bolnavului la spital.

2. Pînă atunci şi mai ales cînd transportul la spital nu este posibil imediat, diabeticul îşi va face o doză de 30—40 u. insulină dintr-o dată, indiferent dacă vărsăturile îl împiedică să mănînce. În aceste cazuri, hipoglicemia nu este de temut, deoarece insulina nu este tot atît de activă ca în diabetul echilibrat, iar pe de altă parte, acidoza merge, după cum am arătat, mînă în mînă cu o glicemie mare, de multe ori pînă la 8—9 grame ‰. Doza de insulină se va repeta dacă după 2—3 ore bolnavul este încă nespitalizat.

3. Repausul la pat este obligatoriu. Bolnavul va fi bine învelit în pături şi chiar încălzit cu sticle cu apă caldă, înfăşurate în prosoape pentru a nu produce arsuri.

4. Din jumătate în jumătate de oră se recomandă să i se dea o ceaşcă cu apă sărată — o lingură la o sticlă — pentru compensarea pierderii de apă şi sare, constantă în acidoză.

5. În caz că diabeticul poate mînca se vor suprima complet lipidele şi protidele din alimentaţie, dîndu-i-se numai zeamă de fructe, supe de zarzavaturi îngroşate cu fulgi de ovăz sau cu orez, pireu de cartofi preparat cu lapte sau griş cu lapte, în doze totale, chiar duble faţă de cele permise de obicei.

Tratamentul la spital va fi continuat cu succes dacă aceste prime măsuri au fost luate prompt la domiciliul bolnavului.

Obezitatea

Creşterea în greutate pe seama acumulării de ţesut gras, adică *obezitatea*, este, în funcţie de gradul ei, considerată fie ca semn al unei sănătăţi înfloritoare, fie, în forme mai avansate, ca stări „constituţionale“

anormale care deformînd corpul obezului stîrnesc, pe nedrept, ilaritatea. Puţini sînt cei care-şi dau seama că *obezitatea este, în realitate, o boală,* cu consecinţe foarte grave. Ca dovadă reproducem următorul tabel în care mortalitatea obezilor, în comparaţie cu a celor cu greutate normală, notată cu 100, este redată în procente, în funcţie de gradul obezităţii :

Surplus ponderal	Mortalitate
5—14%	122%
15—24%	144%
peste 25%	174%

Aceasta înseamnă că şi pentru un surplus ponderal de numai 10% în medie, riscul de moarte creşte cu 22% faţă de cel al indivizilor cu greutate normală, observaţie care-şi are ecou în binecunoscutul dicton popular „cu cît cureaua este mai lungă, cu atît viaţa este mai scurtă". Obezii sînt într-adevăr mai expuşi la unele complicaţii (fig. 38), care creează grade diferite de invaliditate şi duc, în cele din urmă, la moarte mai timpurie decît în cazul indivizilor cu greutate normală. De aici decurge obligaţia pe care o are orice obez faţă de el însuşi şi faţă de familia lui de a-şi readuce prin tratament greutatea cît mai aproape de cea considerată normală.

Cauzele obezităţii

Acestea pot fi schematic reduse la un dezechilibru între aportul şi consumul de energie sau, cu alte cuvinte, la depăşirea sistematică, de-a lungul unei perioade de timp, a necesităţilor nutritive printr-o raţie alimentară caloric prea bogată : *abuz alimentar*. Această explicaţie nu este acceptată de toată lumea şi mai ales de marea majoritate a obezilor. Lucrul este de înţeles din următoarele motive :

1. Abuzul alimentar nu este permanent. El corespunde perioadei de constituire a obezităţii şi încetează de regulă la atingerea unui anumit grad de obezitate. Sînt numeroase cazurile în care obezul susţine, pe bună dreptate, că el „nu mănîncă mai mult decît ceilalţi membri ai familiei, care nu sînt graşi". Este sigur însă că el a mîncat mai mult atunci cînd, cu ani în urmă, a început să se îngraşe.

2. Abuzul alimentar nu este totdeauna spectaculos. Este suficientă depăşirea perseverentă a consumului zilnic de alimente cu numai 200 de calorii, cuprinse, de exemplu, într-o felie de pîine cu unt, pentru ca, după ceva mai mult de o lună, individul respectiv să adauge 1 kilogram de ţesut gras, iar la capătul unui an circa 10 kilograme. Se înţelege că un asemenea „abuz" discret trece nebăgat în seamă şi neidentificat ca atare. De aici nedumerirea celor ce se îngraşă „pe nesimţite".

3. Abuzul alimentar poate uneori să nu existe în sens absolut. Ca să înţelegem aceasta trebuie să ne referim la cazul binecunoscut al unei persoane care după ce a locuit ani de zile la etajul IV într-un imobil fără lift, mutîndu-se la parter a început să se îngraşe, sau la examplul unui antrenor sportiv care, părăsind sportul de performanţă, şi-a restrîns implicit eforturile consumatoare de energie, dar nu şi alimentaţia. El începe să se îngraşe, fără să mănînce nimic în plus faţă de ce consumase pînă atunci. În realitate, în

Scanned with OKEN Scanner

aceste două exemple, nu abuzul alimentar propriu-zis este responsabil de îngrășare, ci un oarecare grad de sedentarism față de care abuzul alimentar apare numai ca relativ.

Într-adevăr, după abuzul alimentar (absolut, relativ), *sedentarismul*, adică lipsa de exercițiu fizic, este a doua mare cauză a obezității. Sînt frecvente, de exemplu, cazurile celor care, după 8 ore de birou, revin acasă cu un autobuz, își petrec după-amiaza la un film sau la „pietre", stînd pe scaun și-și încheie ziua într-un fotoliu, în fața televizorului. Cheltuielile lor energetice sînt atît de reduse, încît ei riscă foarte ușor să le depășească și ca urmare să se îngrașe. Este în general cazul multor bărbați după vîrsta de 30 de ani, cînd, abandonînd sportul, devin sedentari, concomitent cu atingerea unei situații materiale mai bune, care se resfrînge și în modul de alimentație.

La femei, abuzul alimentar apare mai ales în perioada ultimelor luni de sarcină sau în timpul alăptării, sau, în sfîrșit, la menopauză. Altori, obezitatea debutează după o boală infecțioasă, sau după o intervenție chirurgicală; în ambele împrejurări, abuzul alimentar din perioada de convalescență duce la acumulare de țesut gras.

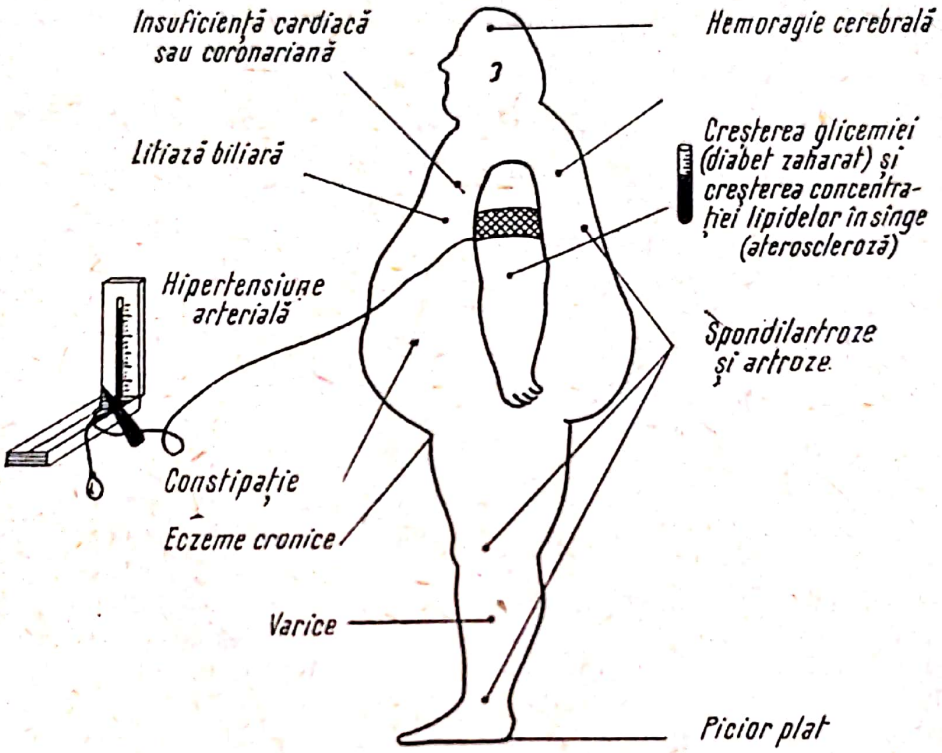


Fig. 38. — Complicațiile obezității.

Toate cauzele enumerate pînă aici nu pot însă explica de ce obezitatea apare în împrejurări ca cele de mai sus numai la unii indivizi, pe cînd alții nu se îngrașă, chiar dacă abandonează sportul sau dacă, în convalescența unei boli infecțioase, se hrănesc mai mult ca de obicei. Trebuie așadar să admitem că există o *predispoziție la obezitate*, prezentă în primul caz și absentă în al doi-

lea. Această predispoziţie este de obicei comună mai multor membri ai unei aceleiaşi familii, este aşadar *familială*. Adesea, ea se transmite de la o generaţie la alta, ceea ce ne îndreptăţeşte să credem că este *ereditară*. Se pare că nu este totdeauna vorba de o ereditare adevărată, ci de o ereditate de obiceiuri alimentare. Acestea se transmit de la o generaţie la alta, ducînd la apariţia obezităţii prin abuz alimentar deprins încă din copilărie. Dar, în aceleaşi familii se întîlnesc şi indivizi cu greutate normală, care, aşadar, au rezistat abuzului alimentar, fiindcă în cazul lor predispoziţia la îngrăşare era absentă.

În ce constă predispoziţia la îngrăşare ? Este probabil o anumită fragilitate a mecanismului care, în condiţii normale, adaptează cu promptitudine şi precizie apetitul la intensitatea cheltuielilor energetice. S-a calculat că un individ normal poate consuma, în decurs de 25 de ani de activitate variată, 12 tone de alimente, fără ca greutatea lui să se abată de la medie cu mai mult de 1 kg. Dar nici individul din exemplul luat şi nimeni în general nu calculează cîte calorii cuprind alimentele pe care le consumă zilnic şi prea puţini ştiu cîte calorii au cheltuit într-o zi de muncă. Cu toate acestea, marea majoritate a oamenilor îşi menţin greutatea foarte aproape de normal. Acest acord dintre cantitatea de hrană şi consumul energetic se face anunţat instinctiv prin senzaţiile de foame şi de săturare. Prima informează individul că ţesuturile lui sînt în criză de material energetic. Senzaţia de săturare îl informează cînd hrana consumată este aproximativ suficientă pentru acoperirea momentană a cheltuielilor energetice. Pofta de mîncare, prin variaţiile ei, ne împiedică astfel să ne îngrăşăm sau să slăbim.

Reglarea poftei de mîncare se face prin acţiunea a doi centri nervoşi, situaţi la baza creierului, dintre care unul tinde s-o frîneze, iar celălalt s-o stimuleze. Aceşti centri, deosebit de sensibili la semnalele pe care le primesc de la periferia organismului, comandă consumul de alimente, prin creşterea senzaţiei de foame, numai atunci cînd celulele organismului sînt lipsite de material energetic. Mecanismul descris funcţionează cu maximă eficacitate la majoritatea indivizilor, a căror greutate rămîne, aşa cum s-a arătat, aproape constantă de-a lungul întregii vieţi adulte. În unele cazuri, însă, acest mecanism se dereglează, ceea ce duce la creşterea consumului de alimente prin exagerarea poftei de mîncare, fără ca necesităţile de energie ale organismului să crească. Printre factorii cu influenţă asupra acestor centri nervoşi, educaţia şi obişnuinţa sînt cei mai importanţi. Este clasic exemplul părinţilor care, cu bune intenţii dar adesea fără motiv, insistă şi chiar îşi hrănesc cu forţa copiii. În aceste cazuri ia naştere o „condiţionare" vicioasă a poftei de mîncare. Copiii se obişnuiesc să nu mai ţină seamă de săturare, care în mod normal comandă oprirea consumului de alimente. Ei vor mînca prea mult din obişnuinţă, ceea ce duce, evident, la apariţia obezităţii. Se înţelege că un individ normal din acest punct de vedere va riposta la hrănirea forţată fie prin refuz, fie prin sporirea instinctivă a cheltuielilor de energie (jocuri, sporturi, în general o mare mobilitate fizică).

Glandele endocrine şi obezitatea. Mulţi obezi sînt obişnuiţi să dea vina pe glandele lor endocrine. O dată ce au făcut acest lucru, resemnaţi în faţa obezităţii, ei continuă să mă-

Scanned with OKEN Scanner

nînce fără măsură, convinşi că funcţia glandelor lor endocrine este în aşa fel modificată, încît ei nu pot slăbi, orice ar face. Este drept că anumite modificări în activitatea glandelor endocrine pot crea o predispoziţie la obezitate. Se ştie, de exemplu, că funcţia exagerată a glandelor suprarenale, în anumite condiţii, poate să ducă la o creştere a apetitului şi la o utilizare mai economică a materialului energetic adus de hrană, ceea ce uşurează apariţia obezităţii. De asemenea, în unele boli ale pancreasului, secreţia crescută de insulină poate mări pofta de mîncare şi totodată poate favoriza transformarea glucidelor din hrană în grăsimi de depozit. Dar este bine să ştim — ca să înlăturăm de la început orice echivoc — că nu există glandă cu secreţie internă a cărei funcţie să poată îngrăşa individul menţinut la o raţie calorică redusă. S-a spus, pe drept cuvînt, că legea conservării energiei este valabilă şi în biologie, înţelegînd prin aceasta că nu se poate acumula energie, în cazul nostru sub formă de grăsime, fără o sursă suplimentară : hrană sau, mai precis, excesul de hrană. Afirmaţia de mai sus este valabilă şi pentru tulburările ovariene şi în special pentru menopauză, care predispun uneori la îngrăşare nu printr-un efect specific al modificărilor endocrine respective, cît mai ales prin modificarea atitudinii femeii faţă de viaţă, în general, şi faţă de alimentaţie, în special.

Tratamentul obezităţii

Tratamentul acestei boli poate fi radical, cu un minim de voinţă din partea obezului. El constă în cura de slăbire. Se înţelege că aceasta are şanse de reuşită numai dacă este făcută sub supravegherea medicului. Cura de slăbire constă nu atît din restrîngerea globală a alimentaţiei, cît din adoptarea definitivă a unui anumit mod de alimentaţie, schematizat în fig. 39. De aici se desprind următoarele reguli :

Fig. 39. — **Alimentaţia obezului.**

1. Este obligatoriu obiceiul de a lua 3—4 mese pe zi. Cei care cred că luptă contra obezităţii mîncînd numai o dată sau de două ori pe zi se înşală. Starea de foame creează în organism anumite condiţii metabolice favorabile tocmai sintezei şi depunerii de grăsime. Pe de altă parte, mîncînd prea rar, ei ajung să aibă o poftă de mîncare exagerată şi să depăşească cantitativ, la masa unică, cantităţile pe care le-ar fi consumat

în 2—3 mese frugale. De aceea se recomandă un iaurt sau un măr între cele trei mese principale.

2. Volumul hranei consumate trebuie să fie mare, în care scop la fiecare din cele trei mese principale trebuie să intre fructe și (sau) o salată.

3. Se vor evita cu grijă dulciurile; zahărul va fi înlocuit la nevoie cu zaharină.

4. Se va restrînge consumul de făinoase la 2—3 felii de pîine pe zi.

5. Lipidele vor fi reprezentate numai de 1—2 linguri de ulei pe zi, la salate. Uleiul poate fi ocazional înlocuit cu ulei de parafină.

6. Protidele nu trebuie să lipsească de la nici una din mesele principale (de exemplu: 100 grame de brînză de vaci dimineața, 200 grame carne slabă la prînz și un ou răscopt seara sau un iaurt dimineața, 200 grame de brînză la prînz și seara un pahar cu lapte smîntînit și un ou).

Teoretic, orice creștere a consumului energetic este capabilă să împiedice stocajul de grăsime. În realitate, însă, nu trebuie supraapreciată importanța acestui factor. S-a arătat că pentru un obez avînd 114 kg, urcatul unei scări de peste 3 metri înălțime costă, din punct de vedere energetic, doar trei calorii, adică echivalentul unei jumătăți de gram de unt. Efectul favorabil al sportului moderat nu constă atît în sporirea cheltuielilor energetice, cît în crearea unei noi preocupări a obezului, expus prin definiție la sedentarism și la supraaprecierea plăcerilor mesei. Posibilitățile de practicare a sportului trebuie larg folosite încă din copilărie, mai ales în cazul copiilor din familii obeze.

În ultima vreme au apărut medicamente care contribuie la succesul curei de slăbire, prin scăderea marcată a poftei de mîncare. Aceste medicamente acționează asupra controlului nervos al apetitului, dînd însă și o stare de neliniște și de insomnie. În unele cazuri, ele pot duce la creșterea tensiunii arteriale, efect nedorit mai ales la hipertensivi. De aceea, utilizarea acestor medicamente nu poate fi prelungită mult timp și în nici un caz ele nu pot fi luate fără avizul unui medic. Același lucru se poate spune despre extractele tiroidiene, care duc la o creștere a metabolismului bazal, deci a consumului de energie. Și acestea au însă efecte nedorite, în special asupra inimii și sistemului nervos, și trebuie prin urmare luate sub control medical permanent. Acțiunea acestor medicamente este numai ajutătoare în cura de slăbire, care, înainte de orice, constă în restrîngerea alimentației.

Prevenirea obezității

Măsurile de prevenire sînt la îndemîna oricui. Prevenirea este incontestabil mai ușoară decît tratarea obezității constituite. După cum s-a arătat, indivizii nu sînt egali în fața pericolului obezității. Din moment ce există particularități care predispun pe membrii unor familii la îngrășare este evident că opera de prevenire a obezității trebuie să fie deosebit de intensă în aceste familii și ea trebuie inițiată din copilărie. Obiceiul „îndopării" copiilor sub pretextul feririi de îmbolnăviri este, în cazul copiilor din familiile obeze, dezastruos. El duce rapid la o adevărată pervertire a instinctului alimentar, prin forțarea mecanismului care pune de acord consumul alimentelor cu nevoile energetice reale ale organismului. Copiii „îndopați" sfîrșesc prin a se obișnui să mănînce, din proprie inițiativă, cantități dis-

Scanned with OKEN Scanner

proporţionat de mari de alimente. Reglarea central-nervoasă a apetitului se condiţionează, în acest caz, datorită unei supraalimentări forţate de durată, în aşa fel încît satisfacţia pe care o resimte orice om înfometat după ce a luat masa se obţine la obez numai cu preţul unui adevărat ospăţ. Admiţînd că predispoziţia la obezitate constă într-un dezechilibru moştenit în mecanismul nervos reglant, va trebui temperată tendinţa copilului predispus de a se hrăni mai mult decît este necesar.

Nu mai puţin dăunător este obiceiul părinţilor care, pentru stimularea copiilor la învăţătură, răsplătesc succesele şcolare cu diferite dulciuri, conferind astfel o valoare exagerată acestor alimente. Copiii se obişnuiesc să le considere drept premii care, la drept vorbind, produc senzaţii agreabile. De aici pînă la abuzul de dulciuri procurate cu orice preţ nu este decît un pas. Practic, supravegherea greutăţii copiilor prin cîntărirea săptămînală şi confruntarea cu normele de greutate pentru sexul şi vîrsta lor (vezi tabelul) este prima măsură destinată prevenirii obezităţii în aceste cazuri. Orice abatere în plus faţă de normal trebuie prompt corectată, prin reducerea dulciurilor şi făinoaselor în zilele ce urmează.

În al doilea rînd, apetitul acestor copii trebuie acordat cu nevoile lor energetice. Preocuparea exclusivă pentru mîncare trebuie înlocuită cu altceva şi acest altceva poate fi sportul, dar şi sădirea ideei de frumuseţe fizică. Copiii sînt foarte sensibili la ridicol ; afirmaţia că cei prea graşi stîrnesc rîsul poate impresiona copilul cu un apetit exagerat. Aceşti copii nu trebuie izolaţi de cei de o vîrstă cu ei. Societatea celorlalţi copii creează raporturi şi preocupări susceptibile să distragă atenţia de la nevoia obsedantă de dulciuri şi bomboane.

Combaterea obezităţii are, pentru starea de sănătate a colectivităţii, nenumărate avantaje. Astfel, ea pune la adăpost de diabet. Se ştie într-adevăr că 5% din obezi mor de diabet, iar tratamentul obezităţii la cei cu diabet reduce tulburările caracteristice diabetului, pînă la dispariţia lor, într-un mare număr de cazuri. Unele persoane obeze nu trebuie să se mire dacă analiza sîngelui lor arată concentraţia zahărului uşor crescută. Aceasta nu înseamnă din fericire totdeauna diabet, dar constituie un preţios semnal de alarmă. De asemenea, combaterea obezităţii reduce riscul arteriosclerozei şi al complicaţiilor vasculare cerebrale (apoplexie) şi cardiace (infarct de miocard, angină pectorală). În sfîrşit, ea ameliorează capacitatea de muncă şi prelungeşte vîrsta maturităţii active şi productive.

Respectarea normelor de viaţă şi alimentaţie susmenţionate precum şi a unor indicaţii suplimentare, pe care numai medicul le poate preciza, în raport cu particularităţile fiecărui caz în parte, constituie premisele prevenirii şi combaterii raţionale a obezităţii.

Stările de slăbire

Dacă cea mai mare parte a cazurilor de obezitate apar ca rezultat al abuzului alimentar, majoritatea stărilor de slăbire se datoresc insuficienţei raţiei calorice. După cum îngrăşarea duce la constituirea obezităţii,

Scanned with OKEN Scanner

tot aşa slăbirea, pierderea în greutate duce la *denutriţie*. Aceasta se instalează de obicei treptat, are manifestări puţin caracteristice şi tinde uneori să fie trecută cu vederea de bolnav.

Cu toate acestea, populaţii întregi din Africa, Asia şi America de Sud, trecînd regulat prin perioade de foamete cronică, suferă de denutriţie. Stările de foame cronică, care se traduc în primul rînd prin greutate corporală inferioară normelor şi capacitate de muncă redusă, micşorează rezistenţa la îmbolnăviri.

face distincţie între *denutriţia primară*, stare de slăbire datorită hranei insuficiente, şi *denutriţia secundară* ce urmează după o boală care împiedică consumul, digestia sau utilizarea hranei, sau măreşte cheltuielile energetice ale organismului, sau, în sfîrşit, duce la pierderea unui număr însemnat de calorii. Astfel, alături de anorexia nervoasă deja menţionată, majoritatea bolilor digestive limitează aportul caloric prin scăderea poftei de mîncare.

Un rol special îl joacă alcoolul.

Greutatea şi înălţimea pentru băieţi şi fete
de la 1 an la 18 ani în mediul urban

Vîrsta (ani)	Băieţi		Fete	
	G (kilograme)	I (centimetri)	G (kilograme)	I (centimetri)
1	10,1±1,0	75,0±3,8	9,8±1,0	74,0±3,8
2	12,6±1,2	85,5±4,3	12,3±1,4	84,5±4,2
3	13,5±1,[illegible]	91,4±4,7	13,0±1,6	90,0±4,6
4	15,3±1,7	98,5±4,8	15,0±1,8	97,2±4,7
5	16,9±1,9	104,1±5,2	16,4±2,0	104,3±5,1
6	18,8±2,3	110,8±5,4	[illegible],2±2,4	109,6±5,2
7	20,5±2,4	116,0±5,7	20,0±2,7	115,3±5,5
8	22,5±2,7	121,5±5,5	22,1±2,9	120,5±5,7
9	24,6±3,1	126,1±5,8	24,1±3,4	125,4±5,6
10	26,7±3,4	130,5±6,0	26,4±4,3	129,8±6,4
11	29,2±4,0	134,8±6,4	27,8±3,4	135,5±6,6
12	31,6±4,5	139,6±6,9	32,9±5,5	141,1±7,1
13	34,4±5,3	144,1±7,4	37,2±6,2	146,9±7,2
14	38,7±6,8	149,7±8,5	41,6±6,5	151,6±6,9
15	43,7±7,6	155,9±8,8	46,2±6,9	155,1±6,4
16	48,7±7,8	161,3±8,3	48,7±6,3	156,5±5,9
17	52,4±7,5	164,5±7,7	50,5±5,8	157,0±5,6
18	55,9±7,2	167,5±7,1	51,9±5,9	157,2±5,4

Dar nu toate cazurile de denutriţie se datoresc mizeriei economice. Restrîngerea şi chiar suprimarea alimentaţiei se întîlnesc şi într-o boală numită *anorexia* (lipsa poftei de mîncare) *nervoasă*; în esenţă, acesta este rezultatul dezechilibrului dintre centrii nervoşi de la baza creierului, care reglează pofta de mîncare. Se mai

Consumul sistematic de băuturi spirtoase în cantitate mare duce cu timpul la leziuni ale tubului digestiv şi, independent de aceasta, produce degradarea protidelor care intră în constituţia ţesuturilor. Astfel se creează un bilanţ proteic-caloric negativ, organismul pierzînd mai multe protide

Scanned with OKEN Scanner

și calorii decît se aduc cu hrana. Energia cîștigată de organism prin „arderea“ alcoolului este cu totul neînsemnată față de efectele lui nefaste asupra organismului. Așa se poate explica de ce consumul de alcool (care arzînd în afara organismului dă un număr mare de calorii) nu duce la obezitate, ci la denutriție.

Alte cauze de denutriție secundară sînt afecțiunile gurii și ale dinților, care jenează actul masticației, precum și acele boli digestive (diaree cronice) care, chiar dacă nu reduc pofta de mîncare, fac să scadă capacitatea digestivă și eficiența digestiei, ducînd la eliminarea unei părți nedigerate din alimentele consumate (din tubul digestiv se absoarbe mai puțin material energetic și nutritiv, ceea ce are ca efect pierderea în greutate). Alte boli împiedică valorificarea materialului energetic absorbit din tubul digestiv. Acestea sînt bolile metabolice, ca diabetul sau bolile ficatului, în cursul cărora denutriția este rezultatul incapacității de a extrage din hrană toată energia conținută, din cauza dereglării mecanismelor care asigură utilizarea și oxidarea substanțelor nutritive. Un alt factor important de denutriție este întîlnit în febra prelungită sau în unele boli tiroidiene, care duc la funcția exagerată a acestei glande. În aceste împrejurări, metabolismul bazal crește și o dată cu el pierderea de calorii, cu instalarea unui bilanț energetic negativ și pierderi importante în greutate. În încheiere menționăm, printre cauzele de denutriție, pierderile prelungite de materie proprie organismului, ca în supurații abundente, pierderi de plasma la nivelul suprafețelor rămase descoperite după arsuri întinse, pierderi susceptibile să dezechilibreze organismul din punct de vedere nutritiv general, dar și caloric, cu apariția unei denutriții secundare. Importanța acestei enumerări constă în faptul că ea trebuie să atragă atenția oricărei persoane care slăbește „fără motiv“ și să o determine să consulte un medic atunci cînd slăbirea nu poate fi explicată prin insuficiența hranei sau prin eforturile fizice.

Din cele de mai sus se poate vedea că se ajunge la denutriție nu numai prin scăderea globală a rației calorice. Se pune însă și problema calității hranei. Pe lîngă material energetic, organismul are nevoie, după cum s-a arătat, și de protide, în special de cele de proveniență animală, singurele în stare să refacă uzura țesuturilor omului, pentru că sînt de structură asemănătoare acestora. Rația calorică furnizată de pîine, unt, paste făinoase, dulciuri, legume și fructe poate fi corectă din punct de vedere cantitativ, dar duce, după o anumită perioadă de timp, la denutriție, din cauza deficitului protidelor. Vorbim în acest caz de *denutriție azotată*, deoarece azotul este elementul caracteristic din compoziția protidelor. În general, însă, denutriția este calorico-azotată, prin dublul dezechilibru produs de o rație insuficientă din punct de vedere atît energetic, cît și azotat.

Denutriția, adică situația prin care se ajunge la slăbire, este o boală care, după cum s-a arătat, diminuează capacitatea de muncă a individului, creînd o adevărată invaliditate. Mai mult chiar, denutriția predispune la o serie de boli, prin scăderea rezistenței generale a organismului la diferiți agenți dăunători : microbi, toxice, paraziți.

În ce privește tuberculoza, relația ei cu denutriția a fost observată de mult. Iată rezultatele unui studiu statistic făcut în Argentina : la Buenos Aires, mortalitatea prin tuberculoză este de 16,8 la 100 000 de locuitori,

Scanned with OKEN Scanner

în timp ce în restul țării, unde o treime din populație este în stare de subalimentare accentuată, mortalitatea prin tuberculoză este de 175 la 100 000 de locuitori.

Aceeași statistică pune în evidență o altă consecință a denutriției, care periclitează nu numai sănătatea generației subalimentate, dar și a descendenților acesteia, ducînd astfel la scăderea durabilă a vitalității. În rîndul populației denutrite și cu o stare igienică și culturală deficitară din Argentina, mortalitatea este de 50% sub 5 ani.

Rolul alimentației insuficiente este probat, în sfîrșit, în statistica menționată, de frecvența tuberculozei în rîndul studenților: ea este de numai 0,5% la Buenos Aires, în timp ce în restul țării este de 5—10%. În ceea ce privește masele proletare, frecvența tuberculozei este de 13—27% la muncitorii fabricilor de zahăr.

În general, subalimentația predispune nu numai la infecții mai frecvente, dar și mult mai grave. Așa se explică faptul că în țările coloniale, trahomul, lepra și verminozele au un caracter de masă, de o deosebită gravitate.

Sensibilitatea organismului denutrit crește față de toxice, așa cum s-a observat în mediul industrial. Și cercetările experimentale făcute în țara noastră au pus în evidență la animale că sensibilitatea la intoxicația cu plumb scade în urma unui aport nutritiv crescut.

Se pune însă întrebarea dacă toți indivizii slabi sînt totodată și denutriți. În majoritatea cazurilor există identitate între cele două stări, în sensul că slăbirea este una dintre manifestările obligatorii ale denutriției. Trebuie totuși făcută o distincție între ceea ce se numește slăbirea constituțională și denutriție. Există indivizi, în special bărbați tineri, care, în ciuda alimentației echilibrate sau chiar abundente, se mențin la o greutate subnormală, fără însă ca aptitudinea lor de a munci să se resimtă. Dimpotrivă, acești indivizi pot fi chiar activi și acest fapt îi deosebește de denutriți, care sînt incapabili de un efort susținut și important și care nu au o alimentație suficientă cantitativ și calitativ.

Pentru prevenirea subalimentației, există 2—3 reguli, pe care trebuie să și le însușească oricine, începînd chiar de la vîrsta școlară:

1. Menținerea greutății corpului cît mai aproape de normal este o garanție că rația alimentară a persoanei respective este din punct de vedere cantitativ corectă. Slăbirea este, dimpotrivă, un semn că rația a scăzut sub nevoile energetice. Practic, cîntărirea lunară este un bun control al echilibrului nutritiv.

2. Sub aspect calitativ, garanția unei alimentații echilibrate ne-o dă consumarea zilnic a cîte unuia din alimentele cuprinse în cele 7 grupe alimentare de bază.

3. O ultimă regulă elementară în protecția contra denutriției este imperativul consumării zilnice a unei jumătăți de litru de lapte, supliment de albumine de mare calitate care, chiar în cadrul unei alimentații reduse la limita normalului, pune la adăpost organismul de dezechilibrul azotat.

Scanned with OKEN Scanner

7

Aparatul circulator

- Structura şi funcţia aparatului circulator 139
- Simptomele principale ale bolilor de inimă şi vase 141
- Bolile de inimă şi vase . . . 144
  - Defectele înnăscute 144
  - Reumatismul cardio-articular . . 145
  - Endocarditele maligne 148
  - Bolile miocardului 149
  - Bolile pericardului 149
  - Hipertensiunea arterială . . 150
  - Hipotensiunea arterială . . . 153
  - Ateroscleroza coronariană . . . 153
  - Insuficienţa cardiacă cronică . . 159
  - Aritmiile 160
  - Cordul pulmonar cronic . . . 161
  - Bolile arterelor periferice . . . 162
  - Bolile venelor 163
  - Nevroza cardiacă 163
- Sarcina şi bolile de inimă şi vase . 164
- Prevenirea bolilor de inimă şi vase 164
- Sînt bolnav de inimă ? . . . 166

Structura şi funcţia aparatului circulator

Aparatul circulator se compune dintr-o pompă (inima), care propulsează ritmic lichidul hrănitor (sîngele) prin canalele de irigaţie ale corpului (vasele sanguine). Sîngele circulă de la inimă spre periferie prin artere şi se reîntoarce prin vene.

Inima este un organ cavitar, mare cît un pumn, format din trei straturi ; la mijloc se găseşte miocardul, un muşchi puternic cuprins între două foiţe, una internă (endocardul) şi alta externă (pericardul) asupra cărora vom reveni.

Arterele, asemenea unui arbore, se ramifică într-un sistem de canale cu un calibru din ce în ce mai mic, pe măsură ce se depărtează de inimă, transformîndu-se în capilare, vase de dimensiuni microscopice, cu pereţii foarte subţiri, la nivelul cărora se fac schimburile gazoase şi nutritive dintre sînge şi celule.

După cum ştim, sîngele îşi modifică succesiv şi foarte repede compoziţia, atît la nivelul plămînilor cît şi la periferie. Sîngele venos sosit din corp este încărcat cu bioxid de carbon, pe care îl cedează la nivelul plămînilor, primind în schimb oxigen. Sîngele astfel oxigenat este trimis de inimă — prin artere — în organism, pentru a hrăni şi oxigena ţesuturile, curăţindu-le în acelaşi timp de substanţele nocive de dezasimilare. Sîngele arterial şi venos se

Scanned with OKEN Scanner

transformă — în mod reversibil și alternativ — unul în altul, fără a se amesteca. Acest lucru este posibil datorită alcătuirii inimii din două *dreaptă*. Sîngele oxigenat revine prin venele pulmonare la atriul stîng și apoi la ventriculul stîng, pentru a fi distribuit corpului prin artera aortă

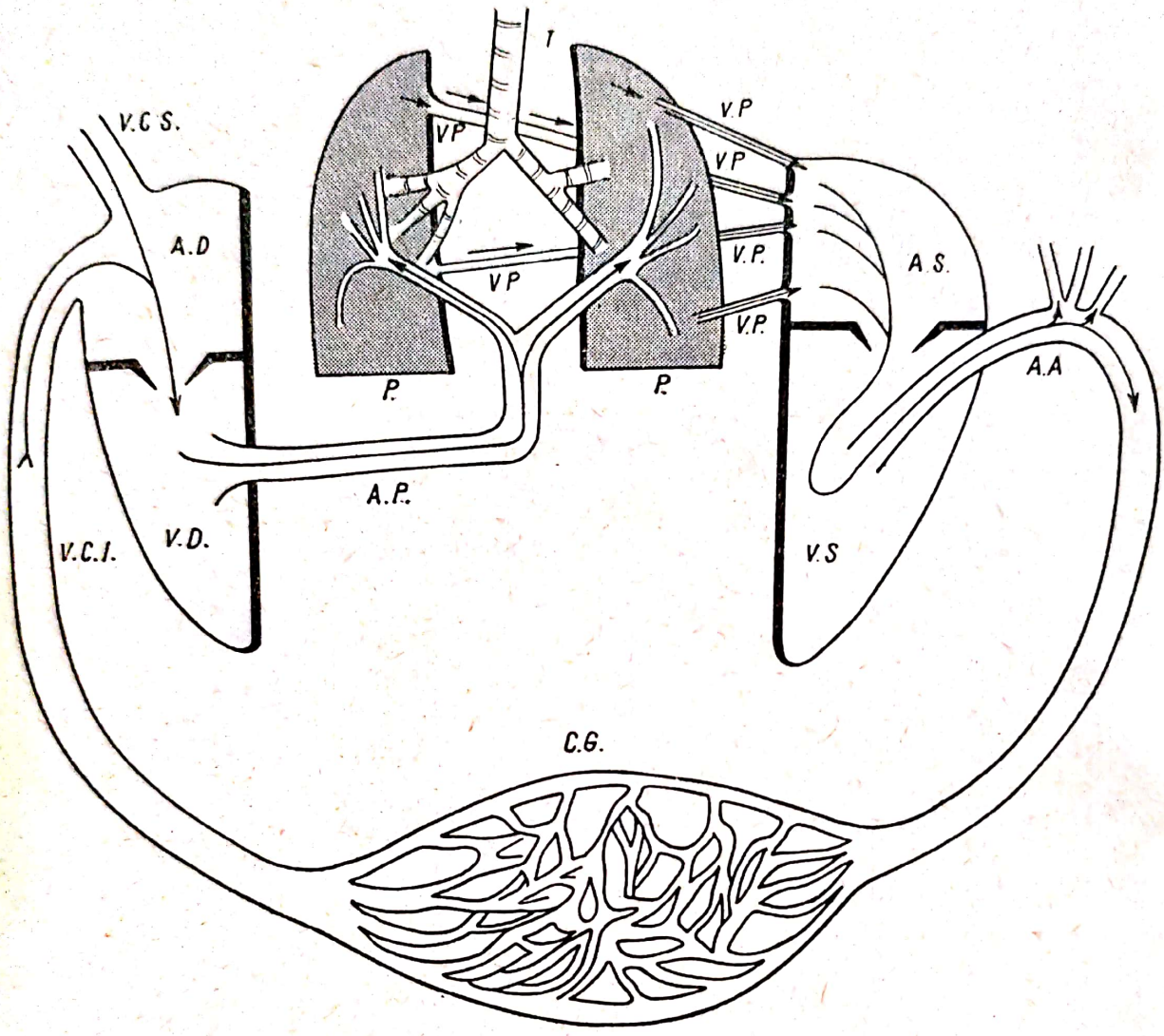


Fig. 40. — Teoretic, inima ar putea fi separată ca în această figură. Între cele două părți s-ar găsi rezervorul cu oxigen — plămînii — destinat oxigenării sîngelui :

V.C.S. — vena cavă superioară ; V.C.I. — vena cavă inferioară ; A.D. — atriul drept ; A.S. — atriul stîng ; V.D. — ventriculul drept ; V.S. — ventriculul stîng ; A.P. — artera pulmonară V.P. — venele pulmonare ; A.A. — artera aortă ; P plămîni ; T. trahee.

corpuri de pompă, complet separate funcțional între ele printr-un perete despărțitor. Sîngele ajunge de-a lungul venelor cave la atriul drept și prin acesta la ventriculul drept, de unde este trimis în artera pulmonară care îl transportă la plămîni : *pompa* și ramurile sale : *pompa stîngă*. Dacă admitem că anatomic inima dreaptă ar fi separată complet de cea stîngă (ceea ce fiziologic n-ar deranja cu nimic), atunci totul poate fi reprezentat extrem de simplu : între cele două inimi (pompe), dreaptă și stîngă,

se găsește oxigenatorul reprezentat de plămîni.

Raportul strîns dintre inimă și plămîni are consecințe foarte importante, deoarece îmbolnăvirea inimii stîngi constituie o barieră în calea sîngelui, silindu-l să stagneze în plămîni. La rîndul ei, suferința pulmonară îngreuiază circulația sîngelui, creînd o sarcină pentru ventriculul drept.

Ideea că boala de inimă este obligatoriu fatală trebuie să dispară. Dacă este surprinsă din vreme, boala poate fi tratată, iar inima este menținută în stadiul care permite cardiacului să ducă o viață normală, bineînțeles fără abuzuri. Dăunător este faptul că majoritatea bolilor de inimă, netratate la vreme, reduc din capacitatea de muncă a bolnavului. Aceste boli apar la toate vîrstele, dar sînt mai frecvente exact la vîrsta cînd individul, ajuns la maturitate, are maximum de experiență în profesiunea sa și urmează să muncească cu cel mai mare randament în interesul său și al colectivității. Neglijîndu-se, cardiacul poate deveni un dependent social, un obișnuit al spitalelor și sanatoriilor.

Simptomele principale ale bolilor de inimă și vase

Majoritatea simptomelor socotite specifice bolilor de inimă, ca *palpitațiile, dispneea, edemele, durerile precordiale,* pot fi determinate și de alte boli.

Durerea apare în cele mai diferite boli ale aparatului circulator : angina pectorală, infarctul miocardic, pericarditele, unele afecțiuni valvulare ca stenoza mitrală, anumite boli ale aortei sau ale arterelor extremităților. Durerile în regiunea inimii nu se datoresc totdeauna unei boli de inimă, ele putînd fi provocate de nevralgii intercostale, inflamații ale pleurei etc. (fig. 41).

Palpitațiile nu au totdeauna o semnificație patologică, ele fiind rezultatul unor stări nervoase sau intoxicații cu tutun, alcool sau cafea. Uneori, palpitațiile însoțesc hipertiroidismul, febra sau apar la menopauză. Inima este foarte excitabilă. Dereglările funcționale ale diferitelor organe au răsunet asupra inimii.

Dispneea, dificultatea de a respira, se manifestă în numeroase feluri, de la setea de aer pînă la formele dramatice de sufocare din edemul pulmonar. Dispneea cardiacă apare cînd inima dă semne de oboseală, în anumite forme mai pronunțate de insuficiență cardiacă. Bolnavul nu mai poate să stea culcat și din cauza accentuatei lipse de aer preferă să doarmă șezînd pe un scaun sau cu capul rezemat de masă, poziție care îi ușurează respirația. Să nu se uite însă că bolnavul respiră greu și în unele boli de plămîni, în intoxicațiile acute, în anemiile severe.

Suflurile sînt niște sunete care se produc în aparatul respirator sau în aparatul circulator, asemănătoare cu zgomotul făcut de o coloană de aer sau de lichid sub presiune, care scapă printr-un orificiu îngust. Unele sufluri sînt expresia unei boli de inimă, altele nu au nici o semnificație, mai ales la tineri. Foarte rar, suflurile sînt atît de intense și eventual însoțite de un freamăt, ca torsul pisicii, încît le poate percepe însuși bolnavul.

Edemul se caracterizează prin acumularea apei în țesuturi. Edemele moderate pot fi puse în evidență prin apăsarea cu degetul în regiunea tu-

Scanned with OKEN Scanner

mefiată, unde se produce o înfundare trecătoare a pielii.

În afară de edemele din insuficiența cardiacă există edeme renale, comitentă a bioxidului de carbon. Este vorba de culoarea vînătă a pielii și mucoaselor, cu deosebire la nivelul buzelor și unghiilor. Cianoza se da-

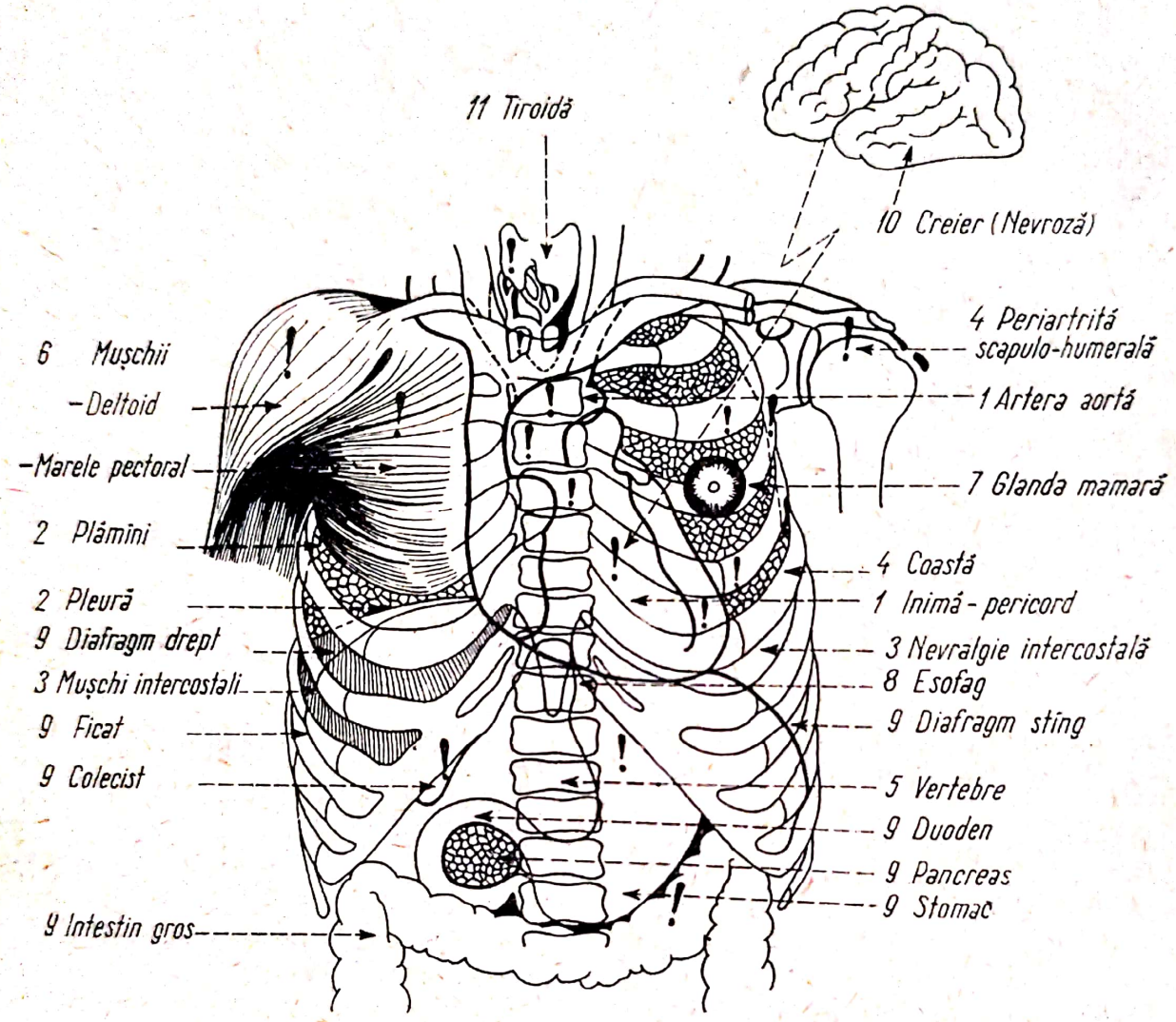


Fig. 41. — Durerile în regiunea precordială (!) nu se datoresc totdeauna bolilor de inimă, de foarte multe ori ele neavînd o semnificație mai deosebită :

1 — cardiace (angină pectorală, sindrom intermediar, infract miocardic, pericardită, stenoză mitrală, anevrism aortic, tulburări de ritm cardiac cu alură rapidă) ; 2 — pleuropulmonare (inflamații, acumulări de lichid în cavitatea pleurală, tumori etc.) ; 3 — nevralgii intercostale, Zona Zoster : 4 — bolile coastelor și articulației umărului stîng ; 5 — afecțiunile coloanei vertebrale (spondiloze, spondilite, discopatii, tasări vertebrale, procese inflamatoare rahidiene), tumori, tabes ; 6 — dureri musculare ; 7 — afecțiuni ale glandei mamare ; 8 — boli ale organelor din mediastin (esofag) ; 9 — boli abdominale (colecistite, hernie diafragmatică) ; 10 — nevroză cu determinări predominent cardio-vasculare ; 11 — afecțiuni ale glandei tiroide.

hepatice, varicoase, în limfangite și în unele boli endocrine (vezi și „Aparatul urinar").

Cianoza trădează o tulburare a oxigenării sîngelui cu o creștere con-

torește, în special, unor boli de inimă sau de plămîni.

Diverse alte simptome se pot întîlni în cursul unei boli de inimă, deși obișnuit ele sînt determinate de

suferințele altor organe. Aceasta demonstrează raportul strîns care există între inimă și restul organismului. În fond, corpul omenesc este construit dintr-o rețea vasculară pe care se grefează țesuturilor și organele, asemenea așezărilor omenești pe malurile cursurilor de apă.

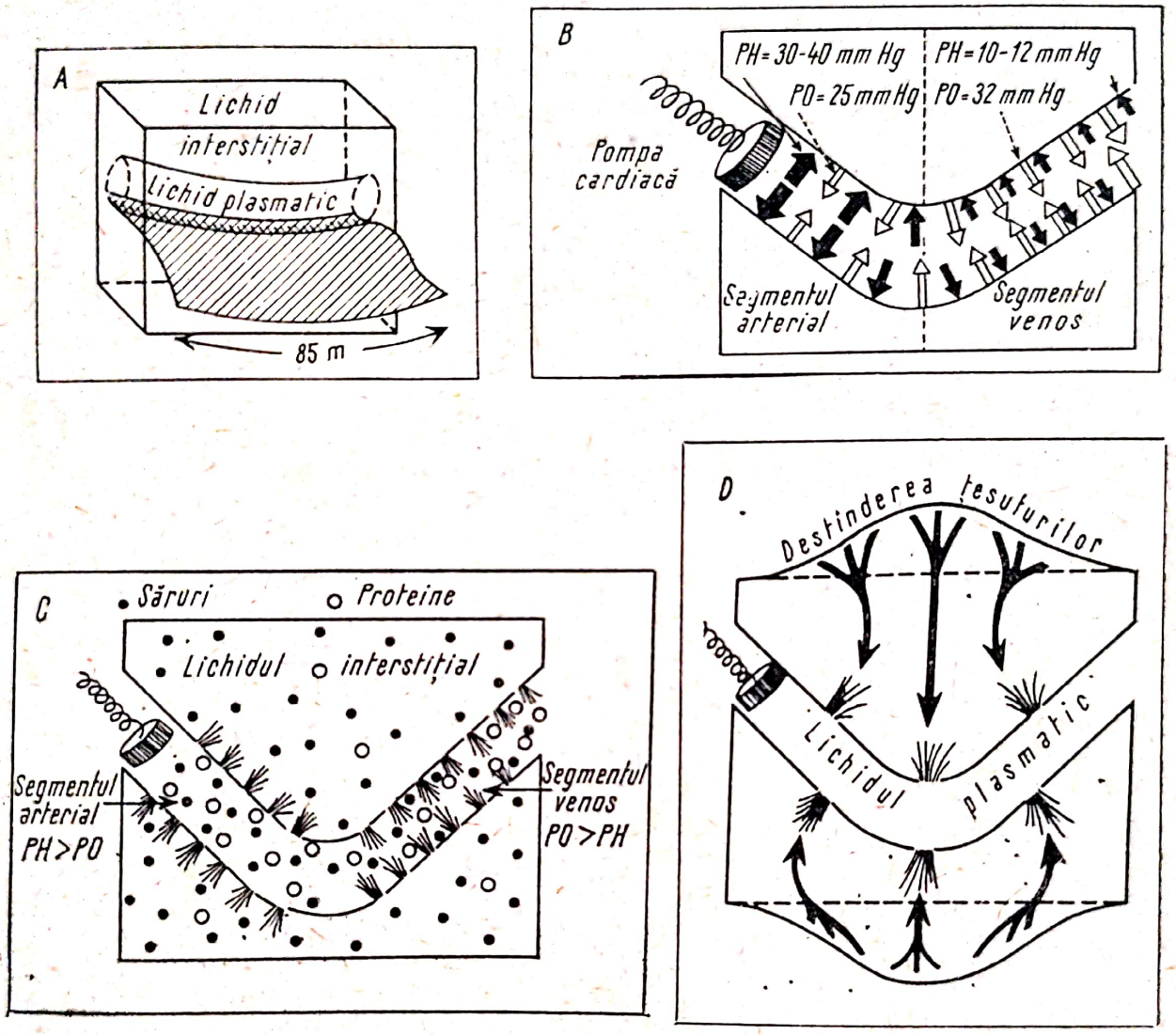


Fig. 42. — Mecanismul general de formare a edemelor :

A — suprafața de schimb între lichidul plasmatic al sîngelui care circulă în capilare și lichidul interstițial este mai mare decît un teren de fotbal (un pătrat cu latura de 85 m) ; *B* — ne aflăm în punctul unde capilarul arterial se transformă — teoretic — în capilar venos (PH = presiunea hidrostatică a lichidului din capilar, a cărei mărime este determinată de forța de contracție a inimii sau de rezistența în circulația de întoarcere ; PO = presiunea oncotică a cărei mărime este determinată de concentrația substanțelor dizolvate în lichidul plasmatic ; *C* — deoarece presiunea hidrostatică depășește presiunea oncotică în segmentul arterial al capilarului, apa cu substanțele hrănitoare trece în lichidul interstițial care scaldă celulele corpului ; în segmentul venos, fenomenul se petrece în sens invers, presiunea hidrostatică fiind mai mică ; *D* — datorită anumitor cauze (boli de inimă, boli de rinichi, carențe alimentare, obstacole în circulația venoasă etc.), echilibrul dintre presiunea hidrostatică și cea oncotică se dereglează și apa rămîne în țesuturi pe care le destinde = *edem*.

După concepțiile moderne, cele mai diferite boli, care pot apărea succesiv sau concomitent, determină și mici modificări structurale în inimă. Iată pentru care motiv inima, un organ dotat cu atîta vitalitate, perfecționat mereu prin selecție naturală de la o treaptă animală la alta, destinat să fie motorul vieții, se îmbolnăvește atît de frecvent. Iată, de asemenea, de ce sînteți invitat la o viață igienică și echilibrată de la prima și pînă la ultima pagină a acestei cărți.

Sistematizînd numeroasele afecțiuni ale aparatului circulator, vom constata că la bază sînt doar cîteva grupe de boli, care pot evolua în cele mai diferite feluri, asociindu-se sau nu între ele.

Defectele înnăscute

Unele dintre aceste boli sînt de mai mică importanță, nefiind diagnosticate decît întîmplător, după moarte. Altele sînt incompatibile cu supraviețuirea sau chiar cu dezvoltarea în uter, de unde și unele avorturi spontane. Anumite defecte împiedică oxigenarea sîngelui, altele distribuirea normală a sîngelui oxigenat în organism; cînd există și comunicări anormale între cavitățile inimii de partea dreaptă cu cele stîngi se produce amestecul sîngelui venos cu cel arterial; în sfîrșit există diferite asocieri de defecte, unele mai complicate decît altele. Din fericire, marea majoritate a defectelor cardiovasculare pot fi corectate chirurgical, de timpuriu, în jurul vîrstei de 3 ani și chiar mai devreme, dacă este periclitată viața copilului. Printre simptomele prezente la un copil, purtător al unei boli de inimă înnăscute, sînt suflurile, insuficienta dezvoltare fizică și cianozarea feței și extremităților fie continuă, fie după efort (la supt, cînd plînge sau la joacă). Acești copii sînt apatici, friguroși, obosesc foarte ușor și se așază frecvent pe vine, respiră mai greu și adesea fac crize de asfixie; degetele copiilor cianotici își măresc volumul la extremități, luînd forma baghetelor pentru bătut toba, cu unghiile bombate ca sticlele de ceasornic. Indiferent de natura anomaliei este necesar un control medical foarte strict. Copilul bolnav va fi controlat lunar — în primii 2 ani de viață — apoi la 6 luni, pînă la corectarea chirurgicală a defectului; după operație, chirurgul împreună cu cardiologul vor aprecia frecvența controalelor periodice.

Înainte de a încheia acest capitol de patologie cardiacă la copil trebuie să răspundem la întrebarea: *„ce determină aceste tulburări de dezvoltare a inimii copilului?“* Concluziile Comitetului de experți cardiologi pentru Europa ai Organizației Mondiale a Sănătății conține în întregime răspunsul la această chestiune. Comitetul apreciază că, exceptînd rarele cazuri de defecte înnăscute familiale-ereditare, trebuie să avem în vedere influența dăunătoare a unor factori acționînd asupra mamei, în primele 2—3 luni de sarcină. Lista factorilor nocivi în acest sens cuprinde o mare diversitate de cauze, printre care bolile infecțioase și transmisibile (mai ales rubeola), uzul și în special abuzul de medicamente (tranchilizante etc.), carențele alimentare (avitaminozele), stările nervoase și emoționale, unele traumatisme, anomaliile uterine, tulburările ovariene, proasta nutriție a fătului,

Scanned with OKEN Scanner

iradierile cu raze Röntgen sau substanţe radioactive.

A feri femeia gravidă de aceşti factori înseamnă a reduce la minimum riscul naşterii de copii cu defecte înnăscute cardio-vasculare.

Reumatismul cardio-articular

Dintre toate afecţiunile reumatice, numai infecţia reumatică, denumită şi reumatism Bouillaud-Sokolski, iar după nomenclatorul O.M.S. reumatism cardio-articular, determină la copii şi tineri leziuni cardiace.

Agentul patogen al infecţiei reumatice este streptococul hemolitic, un microb prezent aproape de regulă în amigdalele inflamate. Nu rareori se constată cardiopatii reumatismale şi după scarlatină, care se datoresc tot streptococului hemolitic. Reumatismul apare mai frecvent în copilărie, după infecţii repetate streptococice, care creează în organism o stare de sensibilizare specifică, denumită alergie. Pe acest teren sensibilizat, o nouă infecţie streptococică declanşează puseul acut. Maximum de sensibilitate îl întîlnim la copiii între 4 şi 14 ani, care au făcut în trecut amigdalite repetate sau scarlatină. Sub 4 ani nu se întîlneşte — în general — infecţie reumatică, deoarece organismul copilului nu este încă sensibilizat faţă de streptococ. După 14 ani, pe măsură ce tînărul se maturizează, capacitatea sa de apărare este mai puternică.

În producerea reumatismului cardio-articular joacă un rol principal „infecţia de focar", caracterizată prin prezenţa unui rezervor microbian, bine delimitat, evoluînd cronic, uneori fără semne de suferinţă locală, dar care produce la distanţă tulburări importante. Focarele de infecţie se localizează frecvent pe amigdale, dinţi stricaţi, sinusuri, urechi, prostată, anexele genitale ale femeii, vezicula biliară, apendice. Aceste focare favorizează apariţia şi eventual repetiţia infecţiei reumatice.

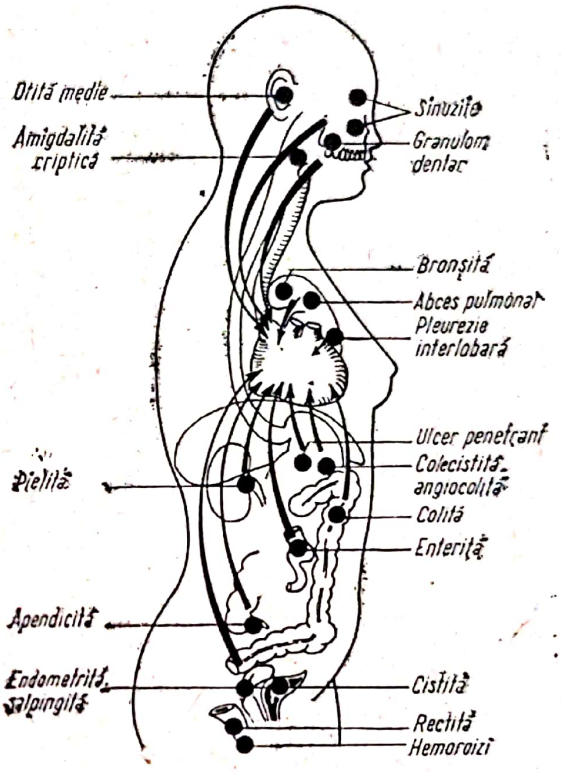


Fig. 43. — Sediul cel mai frecvent al focarelor de infecţie din organism.

Vechea maximă „reumatismul linge articulaţiile şi muşcă inima" are o mare însemnătate practică, pentru că exprimă lapidar întreaga evoluţie a reumatismului cardio-articular. Încheieturile de la membre, care iniţial se pot inflama şi deveni extrem de dureroase, revin complet la normal după stingerea episodului acut al infecţiei reumatice. Cu inima, faptele se petrec deseori invers ; la început, inima bolnavă poate să nu manifeste nici o tulburare. Mai tîrziu, după ce fenomenele articulare cedează, încep să apară semnele bolii de inimă.

O altă formă destul de frecventă la copii este aceea *fără manifestări articulare*, cu simptome nespecifice.

Copilul slăbeşte, devine apatic, nu are poftă de mîncare, pierde continuu din greutate şi foarte rareori se plînge de vagi dureri articulare. Această formă de boală, înşelătoare, mai greu de diagnosticat, este nefastă pentru copii, deoarece poate evolua cu o cardiopatie complet ignorată şi deci netratată.

Localizarea infecţiei reumatice pe sistemul nervos al copilului duce la manifestările cunoscute sub numele de *coree*. Această formă de reumatism nervos se caracterizează prin mişcări bruşte şi dezordonate ale feţei, mîinilor şi picioarelor, mult mai accentuate cînd copilul se îmbracă, mănîncă, scrie sau ridică un obiect de jos. Coreea poate coexista sau este continuată de o cardiopatie reumatică.

Infecţia reumatică fixată pe inimă poate interesa inima în toatalitate sau numai anumite părţi componente: endocardul, miocardul sau pericardul.

După localizarea infecţiei reumatice se poate vorbi de *endocardită* — cînd apare mai evidentă prinderea endocardului — de *miocardită* sau de *pericardită* — cînd predomină localizările pe miocard şi respectiv pericard; *pancardita* defineşte prinderea întregii inimi de către infecţia reumatică.

Procesul reumatic, fixîndu-se pe endocard, lezează de regulă unul din aparatele valvulare, mai ales pe cel mitral, sau de la nivelul aortei. După cicatrizarea acestor leziuni reumatice, valvele rămîn de obicei mutilate. Uneori se produce o strîmtorare a orificiului valvular bolnav şi în funcţie de localizarea defectului putem avea *stenoză mitrală, aortică*, şi mult mai rar *tricuspidiană* sau *pulmonară*. Orice stenozare constituie un obstacol în calea circulaţiei sanguine, cu atît mai dificil de trecut, cu cît dimensiunea orificiului — rezultată după cicatrizare — este mai mică. Pe măsură ce anomalia valvulară se accentuează sîngele trece tot mai greu prin barierea valvulară şi stagnează în plămîn, determinînd tulburări serioase respiratorii şi circulatorii. Alteori, leziunile reumatice distrug valvele şi în astfel de situaţii vorbim de

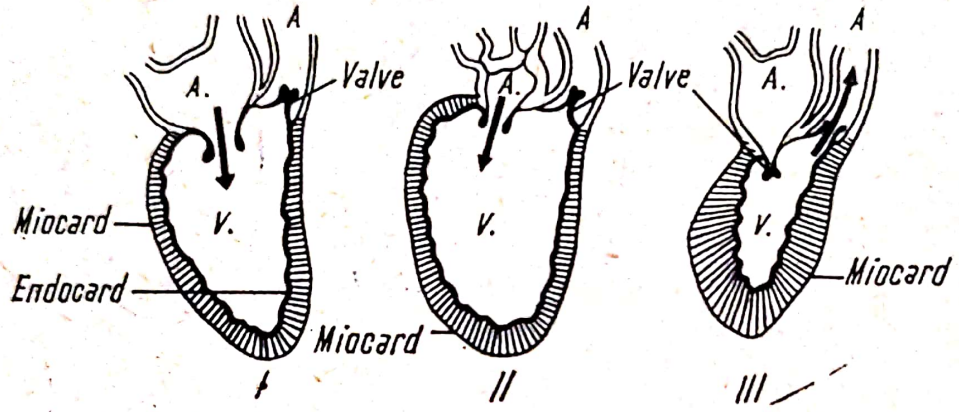


Fig. 44. — Endocardul tapetează la interior inima, participînd la formarea valvelor:

I — în diastolă, cînd inima se umple cu sînge, orificiul atrioventricular este larg deschis, lăsînd cale liberă între atriu (A) şi ventricul (V); în acest timp orificiul dintre ventricul şi artera respectivă este complet închis pentru a opri reîntoarcerea sîngelui; II — în sistolă, contracţia inimii începe la nivelul atriului pentru a umple complet cavitatea ventriculară; la un foarte scurt interval se produce şi contracţia iniţială a ventriculului; III — în sistola ventriculară, valvele de la orificiul atrioventricular se închid, deschizîndu-se în schimb valvele sigmoide situate la originea arterelor.

insuficienţă aortică, pulmonară, mitrală sau *tricuspidiană*. Valvele insuficiente nu se mai închid complet pentru a opri reîntoarcerea sîngelui ; rezultă şi în aceste circumstanţe, ca şi în cazul precedent, o circulaţie sanguină defectuoasă. Uneori pot fi întîlnite la acelaşi bolnav două sau mai multe aparate valvulare defecte, în diverse combinaţii, de exemplu, dublă leziune aortică (insuficienţă cu stenoză) sau insuficienţă aortică cu stenoză mitrală etc.

Prevenirea şi combaterea reumatismului cardio-articular. Această acţiune se instituie diferenţiat, pe etape, tehnica şi procedeele depinzînd de faza în care ne găsim.

1. *Prevenirea infecţiei reumatice* se face :

— Combătînd infecţiile şi recidivele datorite streptococului hemolitic, în primul rînd asanînd medical şi pe cale operatorie — după caz — focarele de infecţie, concomitent cu instituirea unei eficiente profilaxii a scarlatinei.

— Controlînd periodic copiii predispuşi la infecţia reumatică, respectiv pe cei aparţinînd familiilor de reumatici, cu amigdalite, vegetaţii adenoide sau otite, cu infecţii streptococice în antecedente, pe cei slab dezvoltaţi fiziceşte şi care răcesc uşor ; copiilor făcînd parte din aceste categorii li se va acorda o atenţie deosebită, creîndu-li-se condiţii optime de viaţă.

— Suspectînd de reumatism cardio-articular pe oricare copil sau tînăr care, consecutiv unei infecţii streptococice (amigdalită sau scarlatină), face stări febrile sau subfebrile, cu dureri în încheieturi sau în muşchii membrelor, nu are poftă de mîncare şi se simte moleşit. Acesta va fi reţinut la pat şi controlat de medicul curant, pentru a i se preciza diagnosticul şi a i se aplica tratamentul corespunzător.

— Făcînd să crească rezistenţa nespecifică a organismului copiilor, prin călirea cu factori naturali (aer, apă, soare), prin practicarea timpurie a culturii fizice şi a sportului în aer liber, a excursiilor şi altor activităţi de acest gen.

2. *Tratamentul de bază al reumatismului cardio-articular* în faza acută — clinică — rămîne penicilina, la care se asociază diversele preparate de salicilat, aspirina, piramidonul, hormonii corticoizi. El se face, pe toată durata bolii, numai în spital. În perioada de convalescenţă, bolnavul va duce o viaţă liniştită, după un program bine stabilit de către medic.

Cu toate rezultatele bune obţinute, niciodată nu se pot socoti vindecate definitv — ori cît de bine ar fi tratate — cazurile de reumatism cardioarticular, deoarece boala este cronică, cu mers uneori înşelător, lent, reacutizîndu-se la diferite intervale de timp, uneori după ani de zile. Recidivele agravează leziunile cardiovasculare existente şi dacă acestea au fost iniţial discrete, fără a se exterioriza, după revenirea unui nou puseu reumatic, ele se pot accentua, manifestîndu-se cu simptome supărătoare.

3. *Prevenirea recidivelor reumatice* se realizează tratînd boala, chiar după vindecarea aparentă, după un program riguros stabilit de medic, de la care nu ne vom abate sub nici un motiv.

Prevenirea reumatismului cardioarticular se realizează cu succes în cadrul *dispensarizării*, metodă de supraveghere extrem de eficace, efectuată de medic pentru a opri evoluţia bolilor cronice. Copiii suspecţi de reumatism cardioarticular sînt supravegheaţi periodic, la interval de 2 săptămîni sau chiar mai des, după ce

Scanned with OKEN Scanner

aceștia au făcut un puseu acut febril, cu amigdalite sau reacții articulare ; acestor copii li se măsoară temperatura (înregistrîndu-se corect) de 2 ori pe zi și li se efectuează examenele de laborator necesare conform aprecierii medicului. Iată deci cum, datorită unei bune organizări a ocrotirii sănătății, se poate interveni — cu succes — împotriva infecției reumatice.

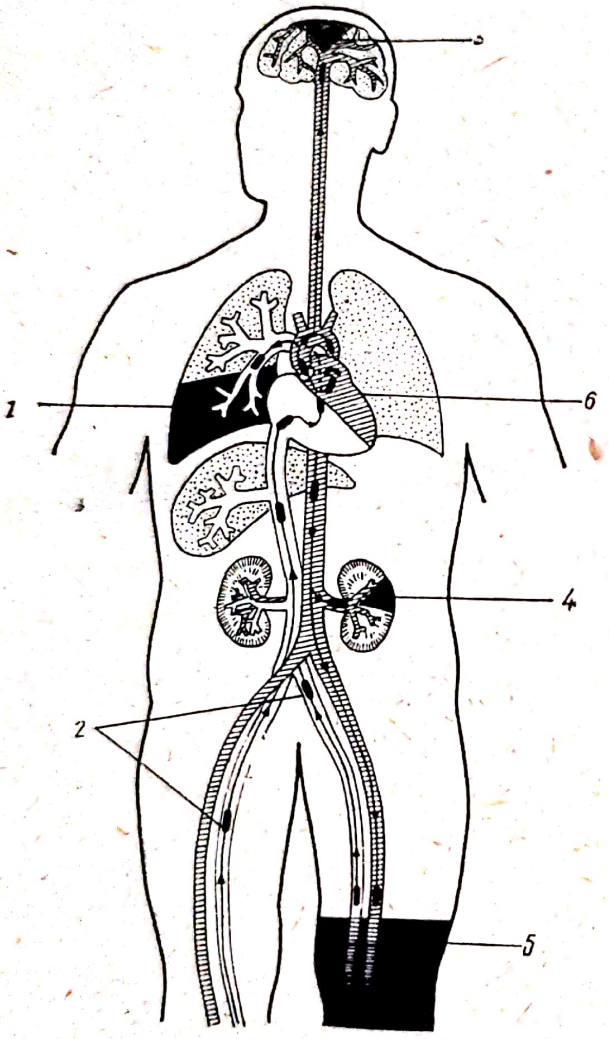


Fig. 45. — Localizările emboliilor (zonele negre) :

Emboliile pulmonare (1) se datoresc de cele mai multe ori unor cheaguri formate în teritoriul unor vene (2) în suferințe (varice) sau operații pe venele membrelor inferioare sau ale bazinului ; emboliile în alte organe ca de pildă în creier (3), rinichi (4), membrele inferioare (5) se produc în urma blocării circulației în porțiunea respectivă de către un embolus (cheag sau vegetație) desprins de pe endocardul bolnav al inimii stîngi (6).

În afară de endocardita reumatismală există și alte feluri de endocardite, printre care, deosebit de importante, endocarditele maligne. Ele sînt grave pentru că provoacă leziuni întinse în endocard și pe valve, se însoțesc de stări infecțioase, de cele mai multe ori mortale și adesea dau naștere la embolii, adevărate dopuri vasculare, constituite din cheaguri de sînge sau din vegetații formate pe valve. Curentul sanguin poate desprinde vegetațiile și cheagurile de la locul lor de formare, purtîndu-le spre diferite organe : plămîni, creier, membre. Un embolus suprimă circulația în artera în care s-a fixat, determinînd producerea unui infarct în organul respectiv sau gangrena membrului cu artera blocată.

Endocarditele maligne

În raport cu evoluția lor, aceste boli sînt de trei feluri : *acute, subacute* și *lente*.

Primele două forme de endocardite maligne (acută și subacută) sînt extrem de toxice și deci foarte grave ; din fericire sînt excepțional de rare.

Endocardita malignă lentă este mai frecventă decît formele precedente, dar răspunde bine la tratament. Are origine infecțioasă datorită celor mai feluriți germeni care, ajunși în circulația sîngelui, se fixează de obicei pe un defect înnăscut al inimii sau pe o valvă reumatică. Trebuie suspectat de această boală orice vechi bolnav de inimă cu o stare febrilă prelungită. Uneori se pierde faza utilă de tratament, punîndu-se febra pe socoteala unei gripe trenante sau a unei infecții banale. Este în interesul cardiacului, ca, atunci cînd temperatura depășește constant 37°,

Scanned with OKEN Scanner

să ceară sfatul medicului, pentru că tratamentul este cu atît mai eficace cu cît este mai prococe.

Bolile miocardului

Bolile mușchiului cardiac pot fi de natură infecțioasă (miocardite) și degenerativă.

Miocardita este inflamația acută a mușchiului cardiac, care apare în cursul unor infecții, ca reumatismul, scarlatina, difteria, pneumonia, tifosul exantematic și febra tifoidă. Simptomele miocarditei sînt variabile și evoluează în paralel cu simptomele bolii care a produs-o : palpitații, jenă sau dureri precordiale, dispnee după eforturi minime. Dacă în cursul unei boli infecțioase se instalează tulburări de ritm avem un criteriu sigur de prindere a miocardului. Miocardita netratată sau rezistentă la tratament determină insuficiența cardiacă. În prezent, însă, dispunem de suficiente mijloace terapeutice pentru a obține vindecarea miocarditei.

Bolile pericardului

Pericardul este un sac protector care căptușește inima la exterior, susținînd-o, și nu-i îngăduie să se dilate în timpul eforturilor, cînd este suprasolicitată și invadată de mult sînge. Bolile cele mai frecvente sînt :

Pericarditele uscate sau însoțite de colecții lichidiene definesc toate genurile de inflamații acute, subacute sau cronice ale pericardului. Ele sînt mai frecvente la tineri, în special la copiii între 5 și 15 ani. De cele mai multe ori, aceste pericardite constituie o complicație a unei boli generale sau de inimă : reumatism, tuberculoză, boli infecțioase și transmisibile, infarct miocardic, uremie. Semnele unei pericardite sînt în funcție de cauza care a produs-o și de forma clinică a bolii. În pericarditele din bolile infecțioase se întîlnește febra, a cărei intensitate este variabilă, în raport cu afecțiunea de bază. Dacă lichidul colectat este în cantitate mare, va destinde pericardul producînd durere, va comprima miocardul determinînd dispnee, va apăsa asupra esofagului și nervilor din vecinătate iritîndu-i și declanșînd sughițul, greutate la înghițit și uneori vomitări.

Pericardita exsudativă, în special de natură tuberculoasă, poate evolua, cu timpul, spre forma cronică cu pericard îngroșat, fibros și calcificat, transformat într-o adevărată cuirasă foarte rezistentă și lipsită de elasticitate, care încorsetează inima sănătoasă, împiedicînd-o să se contracte sau să se dilate. Uneori se constituie aderențe între cuirasa pericardică și organele vecine, îngreuind și mai mult munca inimii. În felul acesta se produc grave tulburări circulatorii, de ordin mecanic, care se pot corecta însă pe cale chirurgicală. Secționînd cuirasa și eliminînd o parte din ea, inima se degajează din corset și poate să-și reia munca în condiții normale. Un bolnav care a avut pericardită trebuie să consulte periodic medicul, pentru a i se descoperi la timp eventuala îngroșare a pericardului și pentru a se supune, la momentul oportun operației, înainte de a se produce tulburări serioase în circulația sanguină.

Defectele cardio-vasculare înnăscute, endocarditele, miocarditele și pericarditele de natură infecțioasă, toxică, metabolică sau alergică formează toate la un loc o cazuistică minoră, mereu în declin, pe măsură ce sporesc mijloacele terapeutice moderne. *Contingentul major de „cardiovasculari“ în continuă creștere se*

Scanned with OKEN Scanner

compune din hipertensivi și ateroscleroși, deci din indivizi avînd afecțiuni arteriale.

Hipertensiunea arterială

Cea mai răspîndită dintre toate afecțiunile cronice cunoscute, se caracterizează prin creșterea exagerată a presiunii sîngelui în patul arterial. Mai mult de jumătate din cardiopații adulți sînt hipertensivi și proporția lor crește mereu. Mecanismul de producere a hipertensiunii arteriale este foarte complex și încă incomplet lămurit, deși s-au realizat progrese însemnate în acest sens.

Sîngele circulă prin artere cu anumite presiuni. Una dintre ele corespunde *tensiunii arteriale minime* și reprezintă presiunea constantă pe care sîngele o exercită asupra pereților arteriali, egalînd forța elastică a acestora. Cea de a doua forță, care corespunde *tensiunii arteriale maxime*, reprezintă presiunea suplimentară datorită contracției mușchiului cardiac care face ca sîngele să fie tensionale pînă la 160/95 mm Hg nu sînt socotite ca hipertensive. Persoanele tinere, la care se înregistrează aceste valori, trebuie să rămînă sub supraveghere medicală.

În unele condiții neprielnice, tensiunea arterială se mărește peste granițele normalului, devenind un pericol pentru sănătate. Valorile tensiunii ajung la niveluri mai mult sau mai puțin ridicate, după natura și gradul bolii, interesînd uneori numai una dintre cele două presiuni arteriale — fie maxima, fie minima — alteori pe amîndouă.

După cauză se disting două feluri de hipertensiune arterială. O proporție de 10% din cazuri sînt *hipertensiuni arteriale secundare* datorite unor boli bine definite. De obicei, tensiunea revine la normal o dată cu vindecarea bolii care a declanșat-o.

Problema cea mai dezbătută o constituie *hipertensiunea arterială esențială*, întîlnită la 90% din hipertensivi și care se datorește în bună parte ritmului vieții moderne, încordării nervoase. O influență hotărîtoare o are și factorul alimentar. Cardiopa-

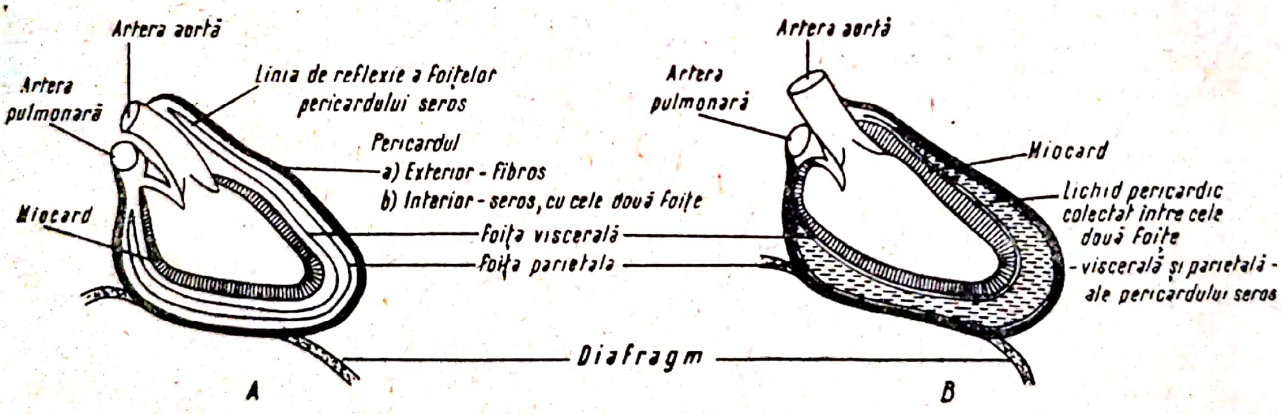


Fig. 46. — Pericardita :
A — cord normal ; B — colectarea lichidului între cele două foițe ale sacului pericardic.

împins spre a circula în întregul arbore vascular.

În mod normal, sîngele circulă prin artere cu o presiune în jurul a 140 mm Hg maxima și 80 mm Hg minima. Persoanele vîrstnice cu valori tiile de origine arterială cresc numeric în țările unde rația în substanțe grase, mai ales de origine animală, este ridicată. În sfîrșit, un rol important mai joacă *obezitatea, consumul de sare în exces, fumatul și abuzul*

Scanned with OKEN Scanner

de băuturi alcoolice. Datele statistice arată că și ereditatea contribuie la apariția hipertensiunii arteriale, mai ales dacă ambii părinți sînt hipertensivi.

Simptomele hipertensiunii arteriale sînt extrem de variabile. *În stadiul prehipertensiv,* bolnavul se poate simți foarte bine. Alteori, el acuză unele manifestări discrete : ușoară durere de cap, amețeli, oboseală, iritabilitate, insomnie. În orice fază a hipertensiunii arteriale, *creșterea presiunii sanguine* reprezintă simptomul cel mai caracteristic, însă viitorul bolnavului nu depinde de valoarea acestor cifre tensionale, ci mai ales de *starea arterelor sale.* Unii bolnavi suportă foarte bine valori tensionale de peste 250 mm Hg, fără nici o supărare ; în schimb, alții, cu maxime moderate, în jurul a 180—190 mm Hg, fac accidente vasculare. Știm că valorile normale ale tensiunii arteriale sînt în funcție de vîrstă și într-o oarecare măsură în raport cu sexul, fiind în general mai mari la bărbați. Valorile tensionale mai mari, peste cele permise de vîrstă și sex, impun controlul sistematic al întregului organism, inclusiv al inimii și vaselor, pentru a se preciza atît cauza, cît și stadiul hipertensiunii. În funcție de gravitatea și rapiditatea instalării modificărilor organice deosebim o formă de hipertensiune cu evoluție *benignă* și o formă cu evoluție *malignă.*

Hipertensiunea arterială cu evoluție benignă se caracterizează prin creșteri lente și cu valori moderate ale tensiunii arteriale, fără complicații vasculare și funcționale însemnate din partea altor organe, bolnavul fiind apt de o muncă moderată, putînd duce o viață aproape normală, timp îndelungat, bucurîndu-se de rezultatele dietei alimentare și ale medicației hipotensive.

Hipertensiunea arterială cu evoluție malignă este din fericire mult mai rară decît forma precedentă, de cînd se poate interveni eficace, cu medicația modernă antihipertensivă și diuretică. În această formă, fenomenele se agravează rapid. Bolnavul se poate plînge de amețeli accentuate, dureri de cap intense și rebele la tratament, vîrjîieli în urechi, insomnie, oboseală, palpitații, înțepături în dreptul inimii, tulburări de vedere sau amorțeli în mîini. Cifrele tensionale marchează valori mari, interesînd în special minima, care trece de 120 mm Hg. Cîteodată, fenomenele nervoase se intensifică : slăbește memoria, apar tulburări de vorbire, surditate, senzație de deget mort și dereglări ale tubului digestiv. Concomitent cu fenomenele subiective se constată semne de suferință din partea unor organe vitale : inimă, creier, rinichi.

Pentru prognosticul bolii este foarte importantă diferențierea — la timpul oportun — *a hipertensiunii arteriale esențiale* de *hipertensiunea arterială secundară,* care se datorește unor boli de rinichi, de inimă, anumitor afecțiuni endocrine, în special de natură tiroidiană, suprarenală sau hipofizară, unor afecțiuni cerebrale, precum și sarcinilor complicate cu o boală de rinichi. Evoluția hipertensiunii arteriale secundare, fiind legată de acea a bolii de bază, înseamnă că înlăturînd cauza (tratînd boala propriu-zisă) dispare și efectul (se obține normalizarea tensiunii). Controlul tensiunii arteriale se face la intervale de timp variabile, în funcție de necesitățile apreciate de medic. Prin urmare nu este necesar, nefiind în folosul sănătății noastre, să ne prezentăm la dispensar la fiecare 3—4 zile pentru a ni se lua tensiunea. Cel puțin tot atît de important este un examen clinic cu aprecierea stării

Scanned with OKEN Scanner

arterelor inimii, creierului și rinichiului, care orientează asupra evoluției bolii și măsurilor de tratament ce trebuie instituite.

Tratamentul hipertensiunii arteriale rezolvă fericit, într-o proporție mare, evoluția și complicațiile acestei boli, dacă se ține seama de următoarele elemente și reguli de bază :

a) Tratamentul hipotensiv modern nu vindecă hipertensiunea arterială, însă este capabil să normalizeze valorile tensionale, dacă este administrat în doze eficiente.

b) Tratamentul hipotensiv trebuie să fie aplicat continuu, toată viața, deoarece boala este cronică. Normalizarea cifrelor tensionale și oprirea evoluției bolii nu înseamnă vindecare. Întreruperea tratamentului permite bolii să-și reia cursul, dăunînd și mai mult arterelor și inimii.

c) Tratamentul hipotensiv se bucură de o gamă variată de medicamente produse de industria noastră farmaceutică : Hiposerpil, Hipazin, Hipopresol, Nefrix, Meprobamat. Aceste medicamente sînt asociate între ele în doze individualizate, în raport cu valorile tensionale stabilite de medic.

d) Tratamentul hipotensiv trebuie să fie asociat cu dietă alimentară pentru normalizarea greutății, dacă bolnavul are o suprapondere corporală. Administrarea de lichide se va face fără nici o restricție, mai ales în anotimpul cald, cînd se transpiră mult ; lichidele se vor ingera fracționat, pentru a nu încărca circulația.

e) În raport cu gradul bolii se va reduce sarea și se va renunța la tutun și băuturi alcoolice ; în caz de obișnuință se permite bere sau șpriț în cantități mici și numai la masă.

f) Tratamentul hipotensiv dă rezultate excelente cînd este asociat cu o viață liniștită, cu ore suficiente de odihnă, minimum 8 ore de somn pe noapte și 1—2 ore după amiază ; în cazuri mai avansate se prescrie un orar de repaus mai mare.

Pentru oricare categorie de hipertensivi se recomandă multă mișcare în aer liber, inclusiv petrecerea sfîrșitului de săptămînă în plină natură. Activitatea bolnavului va fi normală, numai diurnă și fără suprasolicitări nervoase. Familia hipertensivului se va strădui să creeze acestuia o ambianță plăcută și odihnitoare.

g) Insistăm asupra necesității de a se diferenția cît mai de timpuriu, din marea grupă a hipertensivilor, cazurile de hipertensiune arterială secundară, pentru că bolnavii cu această formă de hipertensiune beneficiază, de obicei, de un tratament care nu este în nici un caz limitat la medicamentele hipotensive și regimul igieno-dietetic.

O dată cu vindecarea bolii de bază, în aceste cazuri, se obține și normalizarea tensiunii arteriale. De aceea este o mare greșeală să se trateze numai tensiunea ridicată, neglijîndu-se boala de bază, așa cum încearcă să facă unii bolnavi, din proprie inițiativă. Din păcate, caracterul înșelător al bolii, cu o evoluție de cele mai multe ori extrem de lungă, uneori fără a tulbura bolnavul, cu semne clinice care cedează relativ repede la tratament, îl face pe cel în cauză să se creadă vindecat. Înșelat, bolnavul nu acordă suficientă atenție bolii și, în consecință, întrerupe tratamentul și își reia viața obișnuită cu abuzuri de tot felul. În această situație, tensiunea arterială crește și influențează nefavorabil inima și arterele. Cînd simptomele devin supărătoare și încep să apară complicațiile cardio-vasculare ne aflăm într-un stadiu tardiv, mult mai dificil de rezolvat, ameliorările fiind relative și tranzitorii. Este deci necesar ca bolnavul să se adreseze de la început medicului spe-

Scanned with OKEN Scanner

cialist, pentru a se stabili cauza hipertensiunii arteriale și a se institui la timp tratamentul individualizat, înainte ca boala să producă dezordini mari în organism.

Hipotensiunea arterială

Se caracterizează prin scăderea cifrelor tensionale sub 100 mm Hg maxima și sub 65 mm Hg minima. Aceste diminuări valorice pot fi constatate numai la maximă sau la minimă, alteori la ambele presiuni.

Sindromul hipotensiv poate fi *primar* (esențial, constituțional) cînd nu se găsește nici o cauză cunoscută sau secundar (simptomatic) datorită unor afecțiuni bine precizate, de exemplu : stările infecțioase acute sau cronice, intoxicațiile acute sau cronice, afecțiunile cronice cu denutriție și slăbire accentuată, unele afecțiuni endocrine, unele afecțiuni cardiovasculare, unele boli nervoase, hemoragiile. Hipotensivii se plîng de o stare de oboseală permanentă, însoțită de scăderea capacității de a efectua eforturi fizice ; uneori acuză dispnee și palpitații după exerciții fizice reduse, nervozitate, vîjîeli în urechi, amețeli, eclipse vizuale, dureri de cap. Bătăile inimii sînt uneori mai accelerate, însă pot fi rărite în jurul a 60 de bătăi/min. Sensibilitatea bolnavilor la frig este marcată. Extremitățile mebrelor sînt adesea reci și uneori cianotice. Pot fi semnalate și tulburări digestive sau renale. Foarte caracteristică este labilitatea acestor simptome, care se accentuează în poziție verticală și în activitate, reducîndu-se în poziția culcat. Dar, cu toată starea de oboseală accentuată, incapacitatea de muncă nu este niciodată absolută. De altfel, numeroase cazuri de hipotensiune arterială latentă sînt bine tolerate, fiind descoperite întîmplător cu prilejul măsurării tensiunii arteriale.

Hipotensiunea arterială esențială este de obicei continuă, accentuîndu-se la oboseală, surmenaj, denutriție, stări nervoase.

Hipotensiunea arterială secundară — simptomatică — urmează evoluția cauzei care a determinat-o, putînd, în boli infecțioase și transmisibile grave, să se transforme în colaps sau, dimpotrivă, să dispară o dată cu cauza de bază. Cu toate neajunsurile provocate de valorile tensionale mici, hipotensivii au un prognostic bun și trăiesc — în general — mai mult decît media de viață a celorlalți oameni, probabil și datorită menajamentelor și îngrijirilor pe care acești bolnavi și le asigură.

Ateroscleroza coronariană

Organizația Mondială a Sănătății, pornind de la anumite considerente logice, a recomandat ca suferințele inimii consecutive aterosclerozei coronariene să fie etichetate sub denumirea de *cardiopatie ischemică* (îmbolnăvire datorită irigării insuficiente cu sînge a inimii). Această concepție modernă a fost acceptată de marea majoritate a țărilor. După ea ne vom ghida în clasificarea cîtorva probleme.

Unele persoane confundă hipertensiunea arterială cu ateroscleroza. Această confuzie se datorește faptului că ambele boli pot să fie prezente la aceeași persoană, una determinînd apariția celeilalte, completîndu-se reciproc cînd coexistă.

Ateroscleroza își trage numele de la cuvîntul grecesc *ateros*, care înseamnă cocă, aluat, substanță cu care a fost asemănat conținutul leziunii ateromatoase din peretele arterial. Placa ateromatoasă produce cu timpul fie o îngustare sau astupare a vasului, fie o slăbire a rezistenței țesuturilor arteriale. Cercetările moderne

Scanned with OKEN Scanner

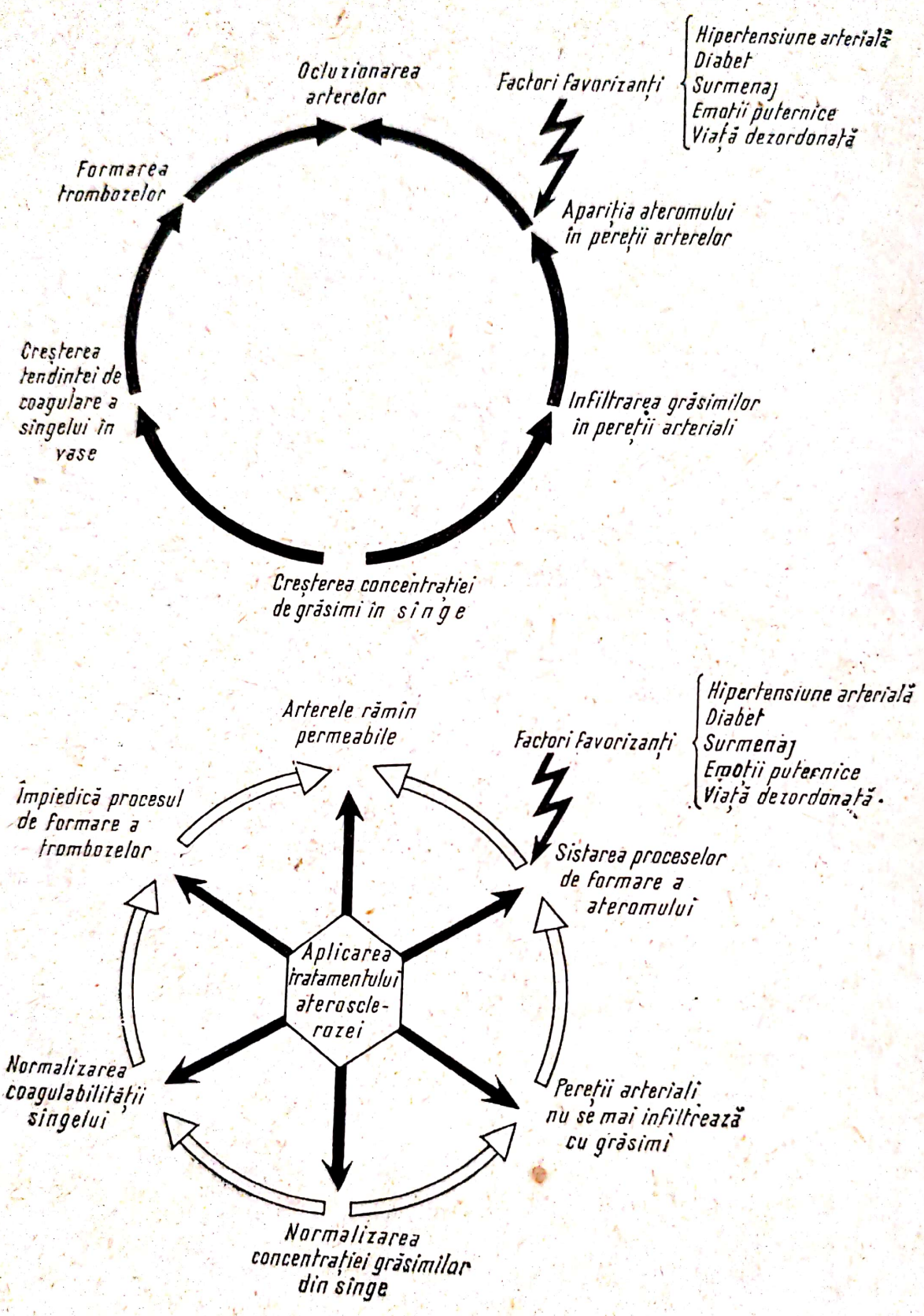


Fig. 47. — Mecanismul de formare a aterosclerozei (sus) și efectele aplicării la timp a tratamentului aterosclerozei asupra prevenirii și combaterii îmbolnăvirii (jos).

Scanned with OKEN Scanner

au arătat că la aterosclerotici există o alterare a metabolismului grăsimilor, care se depun în pereții arteriali. formînd leziunile specifice sub formă de plăci. Concomitent se constată și o tendință la coagulare a sîngelui în artere, cauza formării cheagurilor intravasculare. Consecința trombozelor și a leziunilor aterosclerotice este micșorarea, pînă la astupare, a arterei respective.

Din fericire, ateroscleroza este o boală care apare în urma acțiunii unor factori constituționali și de mediu, susceptibili de a fi corectați. Cu alte cuvinte, ateromatoza poate să fie evitată.

Tratamentul și prevenirea aterosclerozei constituie în prezent o problemă „la modă". În fond este foarte greu să se găsească un medicament capabil să prevină sau să vindece o boală ca ateroscleroza, astăzi din ce în ce mai mult admisă în lumea medicală ca fiind rezultanta unei vieți anormale, caracterizată prin cei 3 *S*: *surmenaj, sedentarism* și *supraalimentație*. Cum s-ar putea oare ca o boală instalată pe nesimțite, după un șir îndelungat de ani de viață nerațională și după ce a modificat structura pereților arteriali, să cedeze repede la un medicament, ori cît de miraculos ar fi, iar țesuturile să reîntinerească ?

Există, totuși, o serie de măsuri care previn formarea plăcilor ateromatoase în pereții arteriali. Aceste măsuri se rezumă în fond la îndepărtarea și corectarea tuturor cauzelor generatoare de boală, care au fost enunțate.

Pentru a împiedica formarea plăcilor ateromatoase este necesar să îmbunătățim, în primul rînd, metabolismul grăsimilor. Studii recente au constatat că o serie de *acizi grași nesaturați* mențin mecanismul de coagulare a sîngelui în stare normală, împiedicînd formarea cheagului. Printre cei mai prețioși acizi grași nesaturați, cu acțiune antiaterogenică, menționăm acizii arachidic și arachidonic extrași din uleiul de arahide și acizii linoleic și linolenic proveniți din uleiul de in. Un efect asemănător, însă cu o mai slabă acțiune, îl au și uleiurile de porumb, floarea soarelui, dovleac, care conțin acizi grași nesaturați, cu condiția obligatorie să fie consumate crude, la salată sau fierte, în mîncăruri, iar nu prăjite. Tratamentul complex medicamentos și igieno-dietetic al aterosclerozei este capabil să corecteze cauzele care duc la ateroslerozа și să oprească evoluția afecțiunii. Se va normaliza în special alimentația viciată, mai ales la obezi, hipertensivi, hipercolesterolemici (cu peste 2,4 g concentrație colesterol la litrul de sînge),la diabetici, gutoși, ca și la cei cu piatră la ficat sau cu o hepatită cronică. Alimentația va avea un conținut scăzut în grăsimi, sub 50 g zilnic. Se vor evita — în primul rînd — alimentele grase și bogate în colesterol : carnea și peștele gras, icrele, gălbenușurile de ouă, organele (creier, ficat, rinichi), grăsimile animale (untură, unt, smîntînă, frișcă), precum și brînzeturile grase și fermentate. Ca grăsimi se vor folosi uleiurile vegetale, despre care s-a vorbit.

Se apreciază însă că, mai mult decît orice, este important să avem o greutate ideală. Pentru a realiza acest lucru, persoanele cu tendință la îngrășare vor trebui să limiteze — pînă la renunțare — hidrocarbonatele (făinoasele, inclusiv pîinea și mămăliga, zahărul, mierea și toate preparatele dulci). Alimentația trebuie să cuprindă brînzeturi proaspete, sărace în grăsimi, de exemplu brînza de vaci, lapte dulce slab sau lapte smîntînit, carne slabă și foarte multe zarzavaturi și fructe.

Scanned with OKEN Scanner

Pe lîngă medicamentele folosite la ora actuală pentru acțiunea lor de eliminare a colesterolului pe cale biliară, cum ar fi Anghirolul sau Boldocholinul, se mai utilizează Mecoparul, protector al celulei hepatice, preparatele iodice care favorizează arderea grăsimilor în corp sau acidul nicotinic, în vederea scăderii nivelului colesterolului seric.

Dacă nu s-a putut surprinde la vreme stadiul incipient al ateromatozei, partida nu este încă pierdută. Se mai pot lua anumite măsuri eficiente de tratament medicamentos și mai ales igieno-dietetic, adecvate stadiului și felului de boală determinată de localizarea și intensitatea procesului aterosclerotic (angină pectorală, infarct miocardic, sindrom de ischemie periferică etc.). În funcție de evoluția bolii se apreciază dacă starea bolnavului este compatibilă cu activitatea desfășurată pînă atunci sau este necesar să se acorde program redus de lucru, concediu sau pensionare, eventual schimbarea locului de muncă potrivit rezervei sale cardiace.

Simptomele aterosclerozei sînt în raport cu localizarea leziunilor. De exemplu, *ateromatoza arterelor coronare* (cardiopatia ischemică) determină *angina de piep* sau *infarctul miocardic.*

După cum se știe, inima are artere proprii, prin care circulă sîngele oxigenat pentru a o hrăni. Arterele coronare își dilată calibrul la eforturi, permițînd mărirea debitului sanguin pînă la 2 litri pe minut. Prin arterele coronare aterosclerotice, devenite rigide și cu calibru tot mai redus, nu va mai putea circula sînge în cantități adecvate atunci cînd organismul este supus la eforturi. Mușchiul cardiac insuficient nutrit va suferi de *ischemie* (lipsă de sînge), modificîndu-și structura, iar la efort va apărea durerea de piept asemena unui cîrcel puternic. Cardiopatiile ischemice pot fi cu sau fără durere. Avînd în vedere că aceste afecțiuni reprezintă jumătate din totalul bolilor cardio-vasculare vom insista asupra lor.

Cardiopatiile însoțite de durere sînt în număr de trei :

Angina de piept are ca simptom dominant durerea care se manifestă — după cum am văzut — ori de cîte ori nevoile în oxigen ale miocardului, supus la efort, nu sînt satisfăcute de debitul sanguin. La început, durerea apare după o muncă fizică, mese copioase, emoții sau expuneri la frig, iar în cazuri mai avansate și în repaus sau noaptea în somn, datorită unui coșmar. Accesul dureros are o serie de caracteristici în ceea ce privește sediul, felul senzației dureroase, intensitatea, durata, modul în care încetează, frecvența crizei dureroase și cauza care a produs-o. Punerea unui diagnostic din proprie inițiativă este riscantă. Ca urmare a unei colaborări cu medicul, bolnavul se va deprinde să-și recunoască singur accesul dureros. În acest fel, la primele semne va putea recurge la medicația specifică.

Sindromul intermediar este preludiul infractului miocradic. Durerea în sindromul intermediar poate să apară și în repaus, depășind — ca intensitate și durată — pe aceea din angina pectorală și nu cedează la nitroglicerină. Într-o astfel de situație, *persoana în cauză trebuie să se imobilizeze imediat la pat,* pînă la sosirea medicului, indiferent dacă a mai avut sau nu crize de angină pectorală. În felul acesta evită transformarea bolii în infarct miocardic.

Infarctul miocardic apare de cele mai multe ori după astuparea bruscă a unei ramuri a arterelor coronare aterosclerotice. Gravitatea bolii va depinde de întinderea și localizarea leziunii în mușchiul cardiac, în spe-

Scanned with OKEN Scanner

cial în zonele pe unde trec căile de conducere a stimulilor inimii. În marea majoritate a cazurilor, debutul infarctului este semnalat tot de durere, de obicei foarte intensă, persistentă timp de ore sau chiar o zi, simptomele, *infarctul constituie o urgență medicală.*

Imobilizarea absolută și obligatorie a bolnavului la pat, chiar din primele momente, va menaja inima sa mult slăbită, dîndu-i posibilitatea să mun-

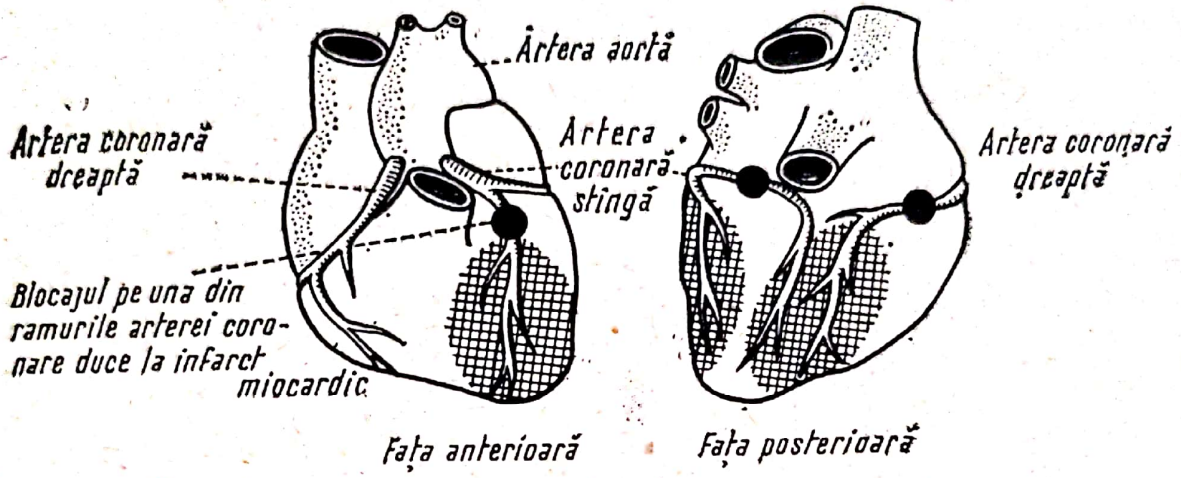


Fig. 48. — Blocarea circulației într-una din ramurile arterelor coronare este cauza producerii infarctului miocardic în regiunea care a fost irigată de ramura astupată.

excepțional cu o durată mai mare. Durerea este rezistentă la calmantele obișnuite și nitroglicerină, cedînd adesea numai la morfină sau pulverizări cu kelen în regiunea dureroasă. În detrimentul bolnavului sînt debuturile fără durere, deci cazurile care nu atrag atenția decît mai tîrziu, cînd apar complicațiile. De aceea este bine să ne adresăm medicului ori de cîte ori se ivesc și alte semne care aparent nu au legătură cu boala de inimă, cum ar fi unele senzații de jenă precordială, chiar de intensitate minimă, starea de oboseală sau palpitațiile nemotivate de vreo cauză oarecare. În perioada de debut a infarctului apar — de regulă — și următoarele simptome, care ne permit să ne orientăm : scăderea tensiunii arteriale, febră, puls accelerat — uneori neregulat — dispnee, tulburări gastro-intestinale (greață, vărsături, balonări), și — din fericire ceva mai rar — șocul. Oricare ar fi

cească minimal, numai strictul necesar, pentru menținerea vieții. Un bolnav la care se instalează pe stradă durerea va trebui să rămînă neapărat pe loc, să se așeze orizontal, cerînd să i se improvizeze un așternut pînă la sosirea unui mijloc de transport, eventual targă, pentru a-l duce culcat și relaxat la cel mai apropiat spital sau la domiciliu, unde va rămîne la pat atît timp cît va persista durerea și starea generală proastă. Numai după cîteva zile, cînd fenomenele s-au îmbunătățit, se permite transportul cu autosalvarea la serviciul spitalicesc de specialitate. Repausul imediat și absolut al bolnavului asigură o bună cicatrizare a leziunii din miocard și evitarea complicațiilor, după cum un aparat gipsat bine aplicat și la timp asigură o sudură bună a unei fracturi. Inima, organ musculos și veșnic în mișcare, prezintă la locul infarctizării o slabă rezistență, la

Scanned with OKEN Scanner

nivelul căreia miocardul se poate rupe dacă nu-i menajăm munca.

Tratamentul sindroamelor de ischemie cardiacă, datorite aterosclerozei localizată pe arterele coronare, trebuie să fie continuu și neîntrerupt toată viața.

Bolnavul cu *angină pectorală* va căuta în primul rînd să-și prevină și

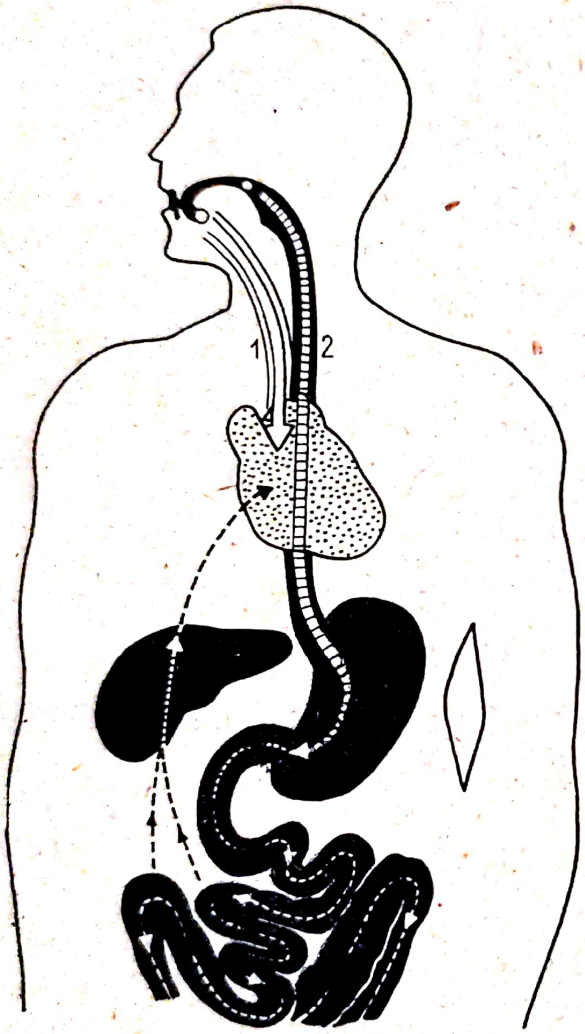


Fig. 49. — Nitroglicerina trebuie administrată sub limbă pentru a calma criza de angină pectorală în cel mai scurt timp :

1 — calea directă (substanța intră în circulația venoasă), eficientă ; *2* — calea digestivă, contraindicată.

să-și calmeze durerea cu ajutorul medicamentelor vasodilatatoare coronariene din grupul nitriților : trinitrina, nitroglicerina și nitritul de amil. Acțiunea acestor medicamente se exercită prompt, cînd sînt administrate sublingual, deoarece ajung direct și foarte repede la inimă, o dată cu sîngele venos drenat prin vena cavă superioară. Înghițirea acestor medicamente face să scadă și să întîrzie acțiunea lor ; sucurile digestive le descompun parțial, iar barierele — intestinală și hepatică — constituie obstacole în drumul lor spre inimă. Experința ne-a arătat că există confuzii în ceea ce privește dozajul și modul de administrare al vasodilatatoarelor coronariene. De aceea credem că este util să facem unele precizări. În primul rînd nu există limită de dozaj pentru nitroglicerină și similare, deoarece acest medicament, cu acțiune extrem de rapidă, se descompune imediat în organism, fără să se acumuleze. În al doilea rînd este preferabil să prevenim durerea luînd medicamentul cînd sîntem pe cale de a ne afla în situații care pot provoca atacul anginos : mersul mai repede, statul în frig, urcatul scărilor. Papaverina și corfilina cu sinonimele lor au un efect vasodilatator minim. Efect binefăcător asupra acceselor anginoase au preparatele românești Spasmocromona, Oxiflavilul și Hiposerpilul. Tranchilizantele de tipul Extraveral și Meprobamat au acțiune calmantă indirectă asupra creierului la persoanele emotive și nervoase.

Uneori se obțin rezultate prin tratamentul antitiroidian cu metiltiouracil sau iod radioactiv ; se diminuează activitatea glandei tiroide și metabolismul, menajîndu-se astfel munca inimii.

Tratamentul infractului miocardic are la bază aceleași principii. Avînd în vedere gravitatea bolii, bolnavul va fi ajutat prin toate mijloacele să suporte ușor faza acută a bolii, ferindu-l de complicații, pînă la formarea

Scanned with OKEN Scanner

unei cicatrice solide în mușchiul cardiac.

În afară de aceste trei forme de boală însoțite de durere există și un grup foarte numeros de *cardiopatii ischemice fără durere,* format fie de cazurile asimptomatice însă cu semne electrocardiografice pozitive de ischemie miocardică, fie de cele manifestate prin insuficiență cardiacă cronică sau cu tulburări de ritm (fibrilație atrială și blocul inimii) fără alte cauze evidente.

Irigația sanguină deficitară a miocardului, consecutivă aterosclerozei coronariene, determină apariția unor tulburări confirmate electrocardiografic.

Cu timpul, fibrele miocardice degenerează, astfel că rămîne tot mai puțin țesut muscular valid. Cînd se ajunge la o epuizare miocardică mai avansată apar semnele din insuficiență cardiacă cronică. În funcție de gradul modificărilor structurale ale miocardului ischemic se pot produce tulburări de ritm (aritmii), cum ar fi diverse grade de bloc cardiac sau fibrilația atrială.

Insuficiența cardiacă cronică

Indiferent de forma clinică, ea trebuie să fie diferențiată, de la început, de insuficiența cardiacă acută datorită unor infecții sau suprasolicitărilor, cum s-a întîmplat la unii sportivi care au făcut supraeforturi fără să fi fost suficient de antrenați. Insuficiența cardiacă este determinată de imposibilitatea unuia sau a ambilor ventriculi de a alimenta suficient cu sînge circulațiile respective. Miocardul ventricular devine insuficient cînd este supus la munci suplimentare însemnate și continue, cînd este prost nutrit sau dacă a suferit modificări structurale și biochimice în urma unor afecțiuni generale.

Oricare ar fi cauza insuficienței cardiace, tullburările care apar pe scenă sînt: dispnee, palpitații, cianoză, edem. Fiecare din aceste simptome și semne predomină în funcție de gradul decompensării unuia sau ambilor ventriculi, determinînd trei feluri de insuficiență cardiacă:

Insuficiența cardiacă stîngă consecutivă hipertensiunii arteriale, afecțiunilor aortei, stenozei mitrale, bolii coronariene, inclusiv infarctului miocardic. Această formă de insuficiență cardiacă se manifestă mai ales prin dispnee de diferite grade și palpitații.

Insuficiența cardiacă dreaptă este de obicei consecința unei insuficiențe a inimii stîngi sau consecutivă unui baraj în circulația pulmonară, produs de o boală cronică de plămîni, de o afecțiune sau defect al arterei pulmonare sau de unele boli de inimă înnăscute. Tulburările și semnele prezente în această formă de insuficiență cardiacă sînt: vinele gîtului umflate, ficatul mărit de volum, edemele în țesuturi, în special la picioare. Cianoza este rezultatul insuficientei oxigenări a sîngelui în plămînii bolnavi.

Insuficiența cardiacă globală este insuficiența combinată a celor doi ventriculi. Ventriculul drept se poate decompensa după un oarecare timp de la cedarea ventriculului stîng. Uneori, ambii ventriculi devin concomitent insuficienți, datorită suferinței globale a inimii în urma anemiilor grave, bolilor de tiroidă, miocardozei, obezității, avitaminozei B. Insuficiența cardiacă globală, rezultînd din decompensarea ambilor ventriculi, se va manifesta prin semne comune celor două forme de insuficiență cardiacă. Predomină dispneea cînd insuficiența ventriculului stîng este mai accentuată și edemele, umflarea vinelor gîtului și a ficatului sau cianoza atunci cînd

Scanned with OKEN Scanner

domină insuficiența ventriculului drept. În formele înaintate de insuficiență cardiacă globală apar tulburări considerabile în ceea ce privește nutriția organismului. Bolnavul își pierde pofta de mîncare, are grețuri, uneori varsă, acuză balonări abdominale, slăbește tot mai mult, iar temperatura corpului are tendința să scadă. Toate aceste simptome produse de suferința inimii pot dispărea aproape complet dacă se instituie la timp tratamentul insuficienței cardiace.

Tratamentul insuficienței cardiace se bazează, în primul rînd, pe digitală și pe diferitele preparate ale acesteia, dozate după necesități și toleranța organismului. *Tratamentul digitalic trebuie să fie continuat toată viața*, nefiind permisă nici o întrerupere, cu excepția unor pauze de cîteva zile în cazurile de supradozaj. Este riscant să se ia digitală fără prescripție medicală, deoarece există și forme clinice de insuficiență cardiacă în care digitala nu ajută sau chiar dăunează. Dieureticele moderne, reducînd volumul de lichid în surplus, au contribuit enorm la îmbunătățirea tratamentului insuficienței cardiace. Bolnavul trebuie să ducă o viață foarte liniștită, nu numai în perioada decompensării, dar și după reechilibrarea funcțiilor cardio-vasculare. Orice modificare a tratamentului fără avizul medicului, ca și orice imprudență sau abuz în ceea ce privește regimul de viață, de muncă, repaus și alimentație, poate declanșa o nouă decompensare, cu tot ansamblul de suferințe : dispnee, palpitații, edeme, tulburări de nutriție. Pentru bolnavul de insuficiență cardiacă, în funcție de gradul lui de pregătire, se indică următoarele activități : muncă de birou, stenodactilografie, bibliotecar, secretar, paznic, ușier, tutungiu, cofetar, frizer, stopajremaiaj, cizmărie ușoară, curelărie, legătorie de cărți, ceasornicar, desen tehnic, fotograf, tehnică dentară, croitorie, blănărie, optică, mode, pictură, broderie-croșetaj, lenjerie, precum și altele care nu cer eforturi obositoare.

Aritmiile

Tulburările de ritm cardiac sînt cîteodată fără importanță, alteori trădează alterări profunde în mușchiul inimii.

O bună circulație a sîngelui în corp este realizată de munca ritmică a inimii, cu o frecvență de 70—80 de bătăi pe minut sub dependența centrilor nervoși situați în mușchiul inimii.

Uneori se produc dereglări în formarea sau transmiterea stimulilor nervoși, manifestîndu-se sub formă de aritmii cu ritm rărit, accelerat sau chiar normal însă neregulat. Simptomatologia artimiilor este variată. De exemplu extrasistolele, adesea fără însemnătate patologică, neliniștesc persoanele respective, care acuză senzațiile cele mai ciudate. Același lucru și în ceea ce privește prognosticul celor care prezintă aritmii. De exemplu, atît fibrilația atrială, cît și aritmia extrasistolică pot fi trecătoare în funcție de apariția și dispariția cauzelor care le-a produs (o boală febrilă, intoxicația cu alcool sau tutun, o emoție intensă) sau, dimpotrivă, aceste aritmii pot trăda existența unei boli de inimă mai severe care trebuie tratată cu atenție.

Cu titlu de curiozitate menționăm cele mai comune aritmii : *tahicardia sinuzală, bradicardia sinuzală, aritmia extrasistolică, tahicardia paroxistică, flutter-ul atrial, fibrilația atrială* și diferitele *blocuri ale inimii*. Alte tulburări de ritm, mai rare, nu au o semnificație patologică diferită de aceea a aritmiilor în general, iar diag-

Scanned with OKEN Scanner

nosticul, ca și tratamentul lor, vor fi efectuate numai de medic, singurul în măsură să stabilească felul și natura aritmiei, precum și viitorul celui în cauză.

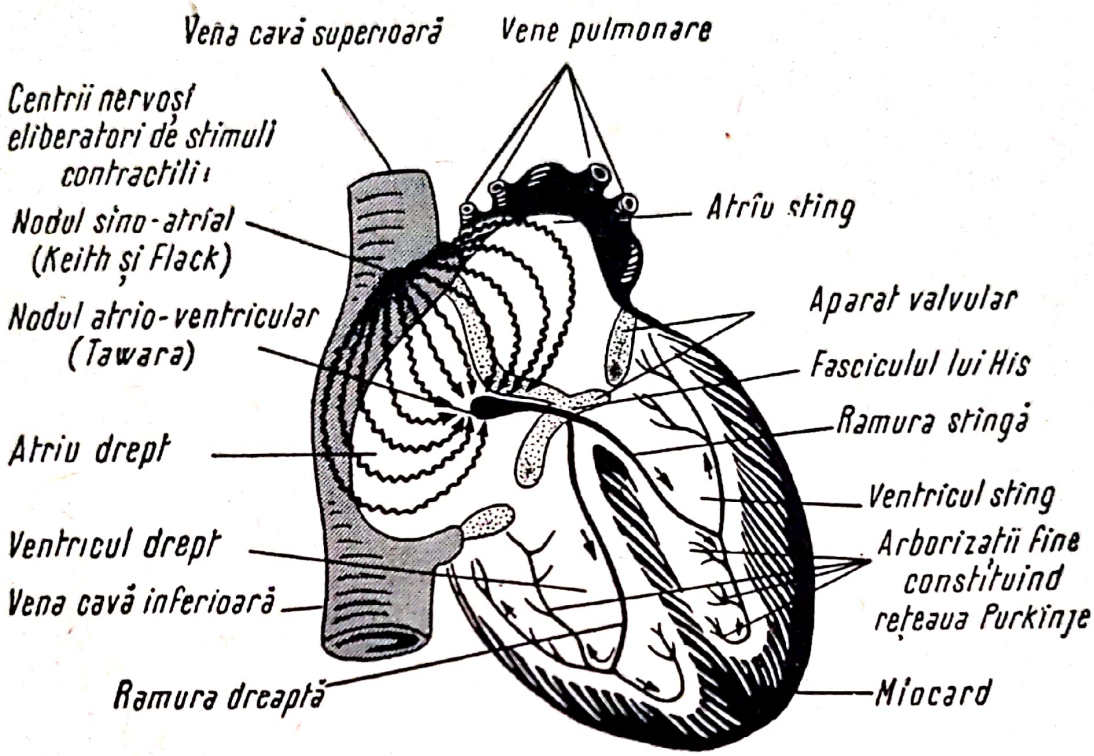


Fig. 50. — Sistemul specific intracardiac de transmitere a stimulilor contractili ai inimii.

Cordul pulmonar cronic

Prin numărul mare de cazuri, cît și prin problemele medico-sociale pe care le ridică, *cordul pulmonar cronic* constituie — ca importanță — a patra grupă de boli cardio-vasculare. Cordul pulmonar cronic nu este inițial o afecțiune cardiacă, ci consecința unor boli care îngreuiază circulația sîngelui prin plămîni. Dacă plămînii se sclerozează, ca urmare a unor boli cronice, sau se turtesc datorită obezității sau deformărilor cutiei toracice, ei vor constitui un baraj dificil de trecut în circulația sîngelui pompat de ventriculul drept. Inima dreaptă trebuie să lucreze din ce în ce mai greu, pînă ce obosește și intră în stadiul de *cord pulmonar cronic*. Boala este agravată — de obicei — de un proces bronșitic acut, grefat pe plămînul sclerozat de multă vreme. Această suprainfecție bronșică constituie picătura de apă care face să se reverse paharul plin. Respirația este din ce în ce mai greoaie, bolnavul tușește frecvent, de cele mai multe ori cu o expectorație mucopurulentă, se simte tot mai obosit, fața tinde să se coloreze spre vînăt, apar edemele și umflarea venelor de la gît, iar ficatul se mărește și devine dureros. Cordul pulmonar cronic este mai frecvent la bărbații fumători, după vîrsta de 50 de ani și la bronșiticii cronici.

În mod logic, profilaxia acestei boli constă din evitarea sau corectarea emfizemului pulmonar, bronșitei cro-

11 — c. 184

nice, tuberculozei pulmonare, supurațiilor pulmonare, astmului bronșic, deformaților toracelui, silicozei și obezității.

Tratamentul se instituie în funcție de cauza care determină cordul pulmonar cronic.

Independent de natura tratamentului, gimnastica medicală constituie unul dintre cele mai eficace mijloace de a îmbunătăți funcția respiratorie a plămînilor. Trebuie să se evite răcelile și infecțiile (evitîndu-se schimbările bruște de temperatură, inhalările de aer rece, ingestia de apă rece după efort). Mai trebuie să facă profilaxia insuficienței respiratorii obezii, gheboșii, ca și purtătorii de sechele după poliomielită. Tratamentul cordului pulmonar cu medicamente antiinfecțioase pulmonare reduce fenomenele și reechilibrează pe bolnav. În schimb, o reinfecție sau nerespectarea regimului de viață declanșează un nou atac, înrăutățind boala. De aceea, oricare bolnav din această categorie va evita agravarea afecțiunii, tratîndu-se sistematic cînd simte că respiră mai greu la mers și la urcat scări sau la mici eforturi care anterior nu-l jenau, cînd tușește și expectorează. Obținîndu-se o ventilație mai bună în plămînii bolnavi, în urma tratamentului bolii de bază, se poate corecta — mai lesne — și insuficiența cardiacă, cu ajutorul medicației specifice : digitală și diuretice.

Tratamentul insuficienței nu are efect dacă nu se elimină cauzele care au contribuit la instalarea bolii : pulberi, fumat, atmosferă rece și umedă, bronșite repetate, stări alergice, tuberculoză și supurații pulmonare, obezitate.

Bolile arterelor periferice

O descriere amănunțită a acestor boli nu va servi cititorului, pentru că un ochi neexperimentat va interpreta cu siguranță în mod eronat simptomele prezentate de bolnav și va face confuzii regretabile. Ne vom mărgini să enumerăm doar caracterele principale comune ale afecțiunilor arteriale periferice, care ne permit să gîndim la existența unei astfel de boli.

Durerea, cunoscută și sub numele de „claudicație intermitentă" (claudicație = șchiopătare) apare — ca în angina pectorală — sub formă de crampe, ca un cîrcel, mai ales în pulpe sau picioare, la eforturi ori în timpul mersului, după un număr de pași din ce în ce mai mic, cu cît boala avansează. Mecanismul declanșator al durerii este similar cu cel din boala coronariană. Durerea apare la efort și dispare în repaus. Ameliorarea circulației, în urma tratamentului, se verifică tocmai prin prelungirea distanței de mers fără durere ; dacă în faza maximă a bolii, crampele apăreau după circa 100 de metri, de obicei — în urma tratamentului — se obțin rezultate foarte bune, bolnavul putînd merge 1—2 kilometri sau chiar mai mult, fără să perceapă vreo senzație neplăcută.

Temperatura locală scade în raport cu gradul vasoconstricției sau astupării arterelor respective. Mai rar se produce o vasodilatație arterială patologică, însoțită de urcări de temperatură pînă la fierbințeală.

Aspectul pielii, în regiunea bolnavă, prezintă diferite modificări, cu deosebire de culoare, care variază de la palid-albicios pînă la roșu-intens și uneori violaceu. Pielea poate deveni lucioasă, din ce în ce mai puțin elastică și uscată, datorită lipsei de transpirație. De asemenea, părul din regiunile bolnave poate să cadă. Unghiile devin fragile și se deformează. În unele cazuri se constată și edeme

Scanned with OKEN Scanner

locale. În stadiile mai avansate de boală pot apărea ulcerații sau gangrenă.

Bolile venelor

Cele mai frecvente afecțiuni din această categorie sînt *varicele* și *tromboflebitele*.

Varicele. Sub numele de varice se înțelege dilatarea circumscrisă și neregulată a uneia sau mai multor vene, în oricare regiune a corpului, mai frecvent la membrele inferioare. La o predispoziție înnăscută, factorii mecanici (statul în picioare) și cei hormonali (pubertate, sarcini, menopauză) își adaugă acțiunea lor patogenă. Deficiența pereților venoși începe cu atrofia fibrelor musculare netede și scleroză, determinate — în parte — și de infecții repetate, frig, unele avitaminoze, alcoolism.

Varicele mari provoacă greutate în mers, crampe, dureri, mai ales cînd se stă mult în picioare, furnicături și adesea edeme ale gambelor, către sfîrșitul zilei. Aceste tulburări, cît și complicațiile destul de supărătoare ale varicelor, pot fi evitate printr-un tratament medical sau chirurgical (dacă este cazul), la care se adaugă ore suficiente de repaus la pat cu picioarele moderat ridicate și folosirea bandajelor sau ciorapilor elastici.

Tromboflebita. Inflamația peretelui venos și formarea unui trombus în interior constituie o boală venoasă severă, numită tromboflebită. Uneori se produc numai *flebotromboze*, adică tromboze simple, neinflamatoare, destul de dificil de diferențiat de tromboflebite. Diverse boli sau focare infecțioase se pot complica cu tromboflebite, ca și șederea prelungită la pat după operații sau nașteri, traumatisme locale sau unele modificări în compoziția sîngelui. Localizarea cea mai frecventă a tromboflebitei este la venele membrelor inferioare. Cînd sînt prinse venele mari (venele bazinului, vena portă sau venele cave), afecțiunea devine de-a dreptul gravă.

Simptomatologia este dominată de semnele unei infecții (temperatură cu debut brusc, accelerarea pulsului, uneori stare toxică cu slăbiciune, greață și vărsături) asociate cu fenomene locale (dureri intense, edeme, modificări de culoare și de temperatură a pielii). Venele superficiale, inflamate, se pot simți ca niște corzi pe sub piele. Pericolul major — în tromboflebite — îl constituie emboliile pulmonare datorite fragmentelor de trombuși, purtate de curentul sanguin.

Pe baza fenomenelor locale și generale se poate preciza diagnosticul și institui tratamentul antiinfecțios și anticoagulant. La început este indicat cu stricteță repausul absolut, pentru ca în momentul potrivit să se înceapă mișcările pasive și ulterior active în vederea evitării emboliei pulmonare. Cîteodată sînt necesare intervențiile chirurgicale pentru a se elimina trombusul sau însăși vena pe porțiunea bolnavă, cînd boala s-a cronicizat. Se recomandă insistent ca oricare focar de infecție să fie radical eliminat.

Nevroza cardiacă

Nevroticii formează o categorie numeroasă de bolnavi care, de multe ori, acuză o simptomatologie bogată, asemănătoare cu suferința inimii, deși inima le este perfect sănătoasă. În cadrul unei nevroze cu predominanța simptomelor circulatorii, bolnavul se plînge adesea de dispnee, palpitații și dureri precordiale. Analiza atentă a acestor simptome arată

Scanned with OKEN Scanner

însă că ele ţin de un dereglaj nervos. Durerea, dispneea şi palpitaţiile nu apar la efort, fiind prezente mai ales în perioadele de repaus şi cu deosebire la emoţii. Aceste tulburări apar în stare de veghe şi dispar în somn. Tensiunea arterială de regulă este normală, în schimb, pulsul este aproape constant accelerat. Avînd în vedere că la baza acestui dezechilibru psihic se găsec stările conflictuale, s-au întreprins anchete medico-sociale care au pus în evidenţă, ca factor determinant al nevrozei, conflictele profesionale şi familiale în marea majoritate a cazurilor. Cu alte cuvinte, principalele elemente care am văzut că stau la baza nevrozei.

Sarcina şi bolile de inimă şi vase

Tînăra cardiacă care doreşte să devină mamă constituie o problemă importantă.

În cursul unei sarcini, inima este obligată să-şi sporească activitatea, deci să folosească forţa sa de rezervă. Dar se înţelege că forţa de rezervă la o inimă bolnavă scade pe măsură ce boala avansează şi în lumina acestui fapt medicul admite sau nu sarcina. Aprecierea existenţei forţelor de rezervă ale inimii se face în funcţie de felul bolii şi de simptomele prezentate de gravida bolnavă. Uneori, însă, aceste simptome nu se datoresc agravării bolii, ci însăşi sarcinii. O cardiacă compensată, supravegheată de medic şi bine îngrijită, va suporta sarcina la fel de bine ca şi o gravidă sănătoasă. Este contraindicată sarcina la o bolnavă de inimă în următoarele situaţii : insuficienţă cardiacă recentă sau în trecut ; tulburări de ritm; hipertensiune arterială severă ; infecţie reumatică evolutivă ; existenţa în antecedente a unui infarct miocardic ; asocieri între bolile de inimă şi tuberculoza pulmonară. Întreruperea sarcinii — în primele 3 luni — este obligatorie dacă femeia gravidă prezintă una din bolile menţionate mai sus. În tot cursul sarcinii, pentru a depista orice tendinţă de decompensare a inimii şi a o trata energic dacă este cazul, bolnava va evita să se obosească, va accepta un regim igieno-dietetic corespunzător şi va rămîne sub supravegherea medicului. Complicaţiile unor boli de inimă, ivite după primul trimestru al sarcinii, vor fi tratate şi supravegheate medical pînă la naştere ; întreruperea sarcinii în acest interval agravează insuficienţa cardiacă. Naşterea pe căile normale este de preferat. Dacă travaliul se prelungeşte, alegerea căilor de naştere, deci travaliul dirijat, este făcută, de la caz la caz, de către medicul obstetrician în colaborare cu medicul cardiolog.

Prevenirea bolilor de inimă şi vase

Teoretic vorbind, în lupta de prevenire a numeroase boli cu evoluţie cronică, deci şi a bolilor cardio-vasculare, se disting trei obiective principale :

— primul, de a feri pe individ să facă o boală care la rîndul ei să dea naştere unei boli de inimă, cu alte cuvinte de a-l feri să devină *un cardiac potenţial ;*

— al doilea, de a păzi pe cardiacul potenţial să devină *actual ;*

Scanned with OKEN Scanner

— al treilea, de a menţine cardiacul actual, cît mai mult timp cu putinţă în *stadiul de compensare*.

Bolile care conduc — în mod obişnuit — la prinderea inimii şi vaselor sînt: reumatismul cardio-articular, hipertensiunea arterială, ateroscleroza, bolile pulmonare cronice.

Eficacitatea tratamentului bolilor cardio-vasculare depinde în primul rînd de precocitatea descoperirii lor. Dacă s-a scăpat perioada utilă de tratament şi bolnavul a devenit cardiac actual, el trebuie să rămînă sub supravegherea atentă şi periodică a medicului. În acest fel se poate prelungi cît mai mult stadiul de compensare a inimii, permiţîndu-se bolnavului un mod de viaţă apropiat de cel al omului sănătos. Deşi s-au realizat mari progrese în ceea ce priveşte medicaţia, totuşi tratamentul de bază rămîne menajarea inimii. Trebuie să ţinem seama, de pildă, că o boală de inimă poate fi agravată de anumite afecţiuni asociate, cum ar fi o hepatită cronică, o boală infecţioasă sau diabetul.

Principiile igieno-dietetice în tratamentul bolnavilor de inimă se referă la două aspecte esenţiale: a) modul de viaţă; b) dieta.

Modul de viaţă al cardiacului va fi astfel organizat încît să se prevină eforturile fizice şi psihice care îngreuiază munca inimii. Niciodată cardiacul nu trebuie să activeze pînă în pragul oboselii. Munca sa va fi totdeauna mai redusă comparativ cu ceea ce poate el executa. Acţionînd astfel, el va amîna mereu scadenţa insuficienţei cardiace. Cardiacii compensaţi se simt mult mai bine dacă efectuează numai o muncă de zi şi cu respectarea programului de lucru, deci o activitate care să contribuie la antrenarea inimii lor, fără noxe profesionale, umezeală şi intemperii. În orice caz, reluarea activităţii, fie anterioare, fie alta — dirijată — se va face numai conform recomandaţiilor medicului, după ce stadiul acut de boală a cedat şi dacă miocardul este compensat. Unii bolnavi (hipertensivii sau cei cu afecţiuni ale aortei), avînd o capacitate bună de lucru a inimii, vor putea să desfăşoare o activitate sportivă moderată, în primul rînd pescuit, apicultură, grădinărit, înot, ciclism la şes, inclusiv plimbări neobositoare pe teren plat sau foarte puţin înclinat, cu condiţia să nu acţioneze pînă la apariţia dispneei, palpitaţiilor sau durerilor precordiale.

Un cardiac compensat trebuie să se repauzeze la pat timp de 10 ore din 24, din care 8 ore noaptea şi restul după amiază. Perioadele de odihnă pot fi mărite de medic, în raport cu gradul bolii. Insomnia trebuie corectată obligatoriu cu somnifere, pentru că o noapte nedormită dă înapoi rezultatele terapeutice obţinute pînă atunci. Este o mare greşeală să se evite medicamentele aducătoare de somn, atît de utile şi binefăcătoare, complet inofensive, de teama unui pericol imaginar care dăinuie greşit în mentalitatea unora. Cardiacul trebuie să fie mereu calm şi ferit de conflicte sufleteşti. Foarte bune rezultate dă confortul, dacă este posibil o cameră proprie, curată şi încălzită suficient, evitîndu-se temperaturile extreme, deoarece atît frigul cît şi căldura excesivă dăunează inimii.

Dieta cardiacului face parte integrantă din tratament, restricţiile alimentare fiind în raport cu gradul bolii şi cu greutatea corporală a celui în cauză. Orice om sănătos şi cu atît mai mult un cardiac trebuie să lupte pentru a-şi menţine greutatea medie. Precizăm că nu în toate cazurile de îmbolnăvire a inimii se recomandă regim sever. Dimpotrivă, uneori se urmăreşte supraalimentarea bolnavu-

Scanned with OKEN Scanner

lui, de pildă în cursul unui atac acut de reumatism cardio-articular sau în boli infecţioase cu slăbire şi complicaţii cardiace, ca şi la cardiacii hipertiroidieni sau cu avitaminoze. Oricare ar fi situaţia trebuie să se lupte pentru menţinerea greutăţii corporale ideale, obligatorie nu numai pentru cardiaci, ci şi pentru persoanele sănătoase care doresc să evite bolile aparatului circulator. Chiar dacă nu este totdeauna obligatoriu un regim special, este cazul să se ţină seama de recomandările cu privire la alimentaţia raţională, preconizate în acest volum la capitolul despre nutriţie.

Medicaţia bolnavilor cardio-vasculari este foarte variată şi continuă să se îmbogăţească, de la an la an, cu noi sortimente. Multe din acestea au cunoscut — în trecut — o perioadă de largă răspîndire, pentru ca ulterior să fie înlocuite cu alte medicamente mai eficace. Alte medicamente şi-au cîştigat o reputaţie bine stabilită, rezistînd timpului. Este destul să amintim digitala şi derivaţii săi, chinidina, Hiposerpilul şi hipazinul, diureticele (mai ales Nefrix), Arterenolul şi Hipertensinogenul, salicilaţii şi derivaţii lor, corticoizii, nitroglicerina şi trinitrina, Oxiflavilul şi Spasmocromona, vitaminele, acidul nicotinic şi Perifenul, dar mai ales antibioticele, fără să mai menţionăm luminalul, morfina, atropina şi alţi alcaloizi, medicamentele anticoagulante heparinice sau cele active în procesul de închegare a sîngelui. Prin aceasta nu am epuizat lista medicamentelor valoroase în tratamentul bolnavilor cardiovasculari şi nici nu o putem socoti încheiată.

Sînt bolnav de inimă ?

Cine nu simte cîteodată, după o perioadă de încordare sau oboseală, alteori fără un motiv aparent, o greutate în piept, o respiraţie mai dificilă la urcatul scărilor, o ameţeală sau un puls neregulat ? Dacă i s-a mai spus cîndva de către un medic că are aorta îngroşată sau că la inima lui se aude un suflu discret are toate motivele să se întrebe de este într-adevăr un bolnav de inimă şi ce are de făcut.

Am aflat că simptomele şi semnele caracteristice unei boli de inimă, de exemplu palpitaţiile, durerea precordială, dispneea şi cianoza, nu sînt apanajul exclusiv al bolilor de inimă, ci pot fi expresia unei dereglări nervoase, hepatice, pulmonare, renale sau reumatice, fără legătură cu aparatul cardio-vascular. În schimb există simptome atribuite obişnuit îmbolnăvirii altor organe, care se pot datori debutului sau agravării unei boli de inimă. Printre acestea menţionăm febra şi astenia, specifice în infecţia reumatică evolutivă şi în endocardita lentă, vărsăturile şi colica hepatică întîlnite uneori ca unice manifestări la începutul instalării infarctului miocardic. Iată o serie de elemente care ne arată cît de uşor putem greşi, etichetîndu-ne ca bolnavi de inimă în baza unor anumite simptome socotite „sigure“ şi, invers, trecînd pe lîngă diagnostic şi atribuind semnele de boală altei afecţiuni. De aceea nu ne este îngăduit să formulăm un diagnostic fără medic.

Vom fi atenţi însă ori de cîte ori avem de-a face cu una din următoarele situaţii :

— Un copil, dacă este mai slab dezvoltat fizicește, obosește uşor şi-i bate inima puternic la joacă, trebuie să fie suspectat de o boală de inimă înnăscută. Dacă copilul este cianotic şi stă de predilecţie ghemuit, cu genunchii îndoiţi (pe vine) şi eventual

Scanned with OKEN Scanner

la palpație simțim un freamăt în regiunea inimii, putem fi siguri de existența defectului cardiac înnăscut. Medicul va preciza diagnosticul și dacă este cazul va da avizul de operație în vederea corectării anomaliei.

— Copilul sau adolescentul care face frecvent amigdalite, a avut o scarlatină sau o stare febrilă prelungită cu dureri în articulații, iar în prezent obosește și gîfîie la orice efort, acuzînd uneori palpitații, trebuie să fie controlat periodic de medic, în vederea depistării unei eventuale infecții reumatice cu prinderea inimii. Dacă infecția reumatică s-a manifestat în tot complexul ei, cu sau fără semnele unei boli de inimă, atenția noastră va fi și mai mare.

— După o boală infecțioasă și transmisibilă — în special difterie, scarlatină, febră tifoidă, tifos exantematic și hepatită epidemică — pot rămîne leziuni în mușchiul inimii. Este obligatoriu să ne controlăm periodic inima, după aceste boli, înainte de a se manifesta semne de suferință : dispnee, palpitații, edeme.

— Un bolnav de inimă cu o leziune valvulară (insuficiență sau stenoză mitrală sau aortică etc.) trebuie să se prezinte la medic cînd face stări subfebrile (37°,5—38°), nu are poftă de mîncare și slăbește. De multe ori, o endocardită lentă, grefată pe valvele bolnave, poate evolua agravîndu-se, în timp ce starea proastă a bolnavului este atribuită unei stări gripale.

— Unui tînăr care a avut în trecutul lui nefrită sau scarlatină cu complicații renale i se va controla la interval de 3—6 luni tensiunea arterială și funcția aparatului excretor, pentru a se surprinde din vreme o eventuală hipertensiune sau o boală de rinichi.

— O femeie care a trecut cu greu o sarcină toxică, cu urini proaste (semn al unei alterări renale) și cu tensiunea arterială crescută se va controla ulterior — în mod periodic — chiar dacă pentru moment nu prezintă semne de hipertensiune arterială.

— Persoanele de orice vîrstă, indiferent de sex, care acuză la un moment dat dureri de cap, amețeli, vîjîieli sau amorțeli în mîini, se vor arăta medicului pentru a li se verifica tensiunea arterială.

— Durerea, plictisitoare prin ea însăși, mărește îngrijorarea unui adult și vîrstnic cînd este localizată în regiunea inimii sau înapoia sternului, pentru că sugerează existența unei angine pectorale sau a infarctului miocardic. Pe cît de cuminte este să ne sesizăm de la început, prezentîndu-ne la medic, pentru a se preciza cauza durerii, pe atît de condamnabil este să continuăm a ne lăsa obsedați de gîndul unei boli de inimă atunci cînd diagnosticul bolii care provoacă durerea este cu totul altul : reumatism cronic al coloanei vertebrale, pleurite, nevralgii intercostale, astenie neurocirculatorie.

— Bolnavii cronici de plămîni, cu bronșite repetate, emfizem, silicoze, fibroze pulmonare tuberculoase etc. se vor prezenta periodic, cu regularitate, la controlul medical, avînd în vedere strînsa legătură dintre plămîni și inimă ; în nici un caz nu vor lăsa ca boala să se agraveze, pînă apar edemele, cianoza și dispneea accentuată.

— Palpitațiile pe care le simte un om se pot datori unui fapt banal sau — dimpotrivă — unei boli de inimă serioase. Uneori, manifestările zgomotoase cu crize frecvente de palpitații, mai ales după mese, însoțite de balonări abdominale, eructații (rîgîieli) și sughițuri nu reprezintă decît

Scanned with OKEN Scanner

o tulburare trecătoare, datorită unui deranjament de stomac sau ficat. Alteori, micile amețeli și vîjîieli, ivite cînd și cînd, pot fi simptomele instituirii unui bloc cardiac (aritmie). Oricum s-ar prezenta faptele avem datoria să ne controlăm la medic, înainte de a se agrava situația.

— Un vechi sifilitic, care nu s-a tratat la vreme sau a făcut un tratament incomplet, poate evolua după un număr mare de ani (10—15) spre o afecțiune aortică (aortită, insuficiență aortică, anevrism aortic) sau o miocardită. Chiar și o persoană precaută, vindecată complet de sifilis, are datoria să se controleze anual din punct de vedere cardio-vascular.

— Anemicii (cu scăderea accentuată a globulelor roșii) prezintă amețeli, au slăbiciuni și diminuează în greutate. Dacă tratamentul nu se instituie în faza inițială, inima nu va întîrzia să se îmbolnăvească.

— Apariția dispneei, palpitațiilor și edemelor, caracteristice insuficienței cardiace, provoacă — după cum am văzut — destule neplăceri, pentru a nu fi trecute ușor cu vederea. Trebuie să se remarce totuși că din păcate există unele persoane neglijente față de propria lor sănătate, bravînd aceste simptome fără a lua măsurile potrivite destinate să prevină agravarea bolii de inimă. Bolnavul poate evita o asemenea situație, controlîndu-se periodic încă din faza incipientă a afecțiunii ; în felul acesta se va ști, în orice moment, de cîtă rezervă cardiacă dispune și ce fel de viață și tratament trebuie să urmeze.

— Localizarea durerii la membre și în special la pulpe și laba piciorului, după o distanță oarecare de mers pe jos, însoțită eventual de senzația de răcire a membrului, cu diminuarea transpirației și cu modificări de culoare a pielii, ne obligă să ne gîndim la diferite afecțiuni : reumatism, sciatică, picior plat sau, mai ales la un vechi fumător, la o boală a arterelor. Este o mare greșeală să ne tratăm de reumatism, din proprie inițiativă, în timp ce boala arterială poate să progreseze.

În încheiere, atragem atenția din nou și în mod stăruitor asupra necesității unui control periodic al sănătății și asupra obligației de a lua măsuri de la început, în caz de îmbolnăvire, cînd totul se poate corecta, iar nu într-o fază tardivă, cînd vindecarea este mult mai greu de obținut.

Trebuie să privim cu satisfacție progresele obținute în domeniul fizicii, chimiei și medicinei, care au pus în slujba omului cele mai eficace mijloace de tratament și de combatere a bolilor. Geniul uman a creat nenumărate binefaceri pentru a ușura suferința și a prelungi viața. Numai cu 20—30 de ani în urmă, medicii priveau neputincioși la bolnavii care se stingeau, fără să le poată veni efectiv în ajutor ; nu existau antibioticele, diureticele de tipul clorotiazidei, preparatele hormonale (cortizonice) și nu se putea combate eficient boala hipertensivă sau ateroscleroza. Sîntem martorii unor descoperiri uimitoare, care ne dau dreptul să privim cu încredere ziua de mîine. Pînă atunci însă este de datoria noastră ca o dată cu elogiul adus științei și celor care și-au închinat viața cercetărilor în slujba binelui uman să contribuim la acest efort colectiv, menajîndu-ne inima înainte de a fi prea tîrziu.

Scanned with OKEN Scanner

8

Sîngele

- Hematopoieza și organele hematopoietice 169
  - Măduva oaselor 169
  - Țesutul limfatic 170
  - Ficatul 170
- Componentele sîngelui 170
  - Proteinele plasmatice . . . 171
  - Sărurile minerale plasmatice . 172
  - Globulele roșii 172
  - Globulele albe 173
  - Trombocitele 175
- Bolile sîngelui 175
  - Bolile globulelor roșii . . . 175
  - Bolile globulelor albe . . . 177
  - Bolile ganglionilor limfatici și ale splinei 178
  - Bolile de coagulare . . . 178

Hematopoieza și organele hematopoietice

Hematopoieza este unadintre funcțiile vitale ale organismului și constă din producerea celulelor sîngelui. Acestea sînt globulele roșii, globulele albe și trombocitele, fiecare dintre ele avînd un rol fiziologic bine definit. Opusă hematopoiezei este hemoliza sau funcția marțială, fenomen care are loc în mod normal în splină și care constă în distrugerea globulelor roșii îmbătrînite.

Hematopoieza are loc în mod normal în măduva roșie a oaselor și în foliculii limfatici (ganglioni, splină, amigdale etc.). În unele stări de boală, ca o redeșteptare a potențialităților latente ale țesuturilor organismului, se pot dezvolta focare de hematopoieză și în alte locuri.

Măduva oaselor

Măduva hematogenă a oaselor se găsește repartizată la adult în corpurile vertebrelor, în oasele craniului, în stern, coaste, omoplați și oasele iliace, precum și în oasele mici ale mîinilor și picioarelor și parțial în capetele oaselor lungi. În restul oaselor se găsește *măduvă galbenă*, care nu are rol în hematopoieză.

Măduva roșie hematogenă, cu toate că este răspîndită în diferite oase, formează un organ unitar, care se comportă peste tot la fel, iar reac-

Scanned with OKEN Scanner

ţiile ei sînt identice, unitare şi generale. Măduva oaselor produce, în general, trei serii de celule circulante, care provin din aceeaşi celulă mamă :

— seria roşie, corespunzînd în sîngele circulant globulelor roşii (hematii) ;

— seria albă, corespunzînd în sîngele circulant globulelor albe (leucocite) ;

— seria megacariocitară, corespunzînd în sîngele circulant plachetelor sanguine (trombocite).

Actul final de evoluţie medulară a celulelor sîngelui, provenit din cele 3 serii (diabaza) este un fenomen activ, de trecere a celulelor maturizate din măduvă în circulaţia sanguină. Celulele care alcătuiesc seria albă şi cea trombocitară emit prelungiri protoplasmatice (pseudopode), cu ajutorul cărora traversează singure peretele vascular şi pătrund în circulaţia generală. Pentru că globulele roşii nu au posibilitatea să emită pseudopode, se dezvoltă cuiburi de elemente ajunse la maturitate şi se petrece un fenomen asemănător spargerii unui abces : globulele pătrund în sînge prin dislocarea unui perete vascular.

Ţesutul limfatic

Se găseşte răspîndit în întregul organism şi este cuprins în *organe speciale*, ca splina, ganglionii limfatici, timusul, amigdalele sau în *formaţiuni limfatice*, ca foliculii limfatici şi nodulii limfatici.

În ţesutul limfatic iau naştere un tip de globule albe numite limfocite. Acestea, împreună cu celelalte leucocite, au rol important în apărarea organismului contra infecţiilor.

Ţesutul limfatic are în general ca structură de bază *foliculul limfatic*. Această formaţiune constă dintr-o aglomerare de celule specifice în jurul unui vas sanguin, formînd un fel de nodul. Foliculii limfatici reprezintă locul de formare a limfocitelor, care trec în număr mare în circulaţie în cursul afecţiunilor cronice, ca tuberculoza, şi în unele boli infecto-contagioase (tusea convulsivă). La nevoie, organismul are posibilitatea să-şi dezvolte noi foliculi limfatici în lungul căilor limfatice. Acest fenomen se produce pe seama celulelor din pereţii vaselor limfatice.

Ficatul

Ficatul este sediul hematopoiezei numai în perioada embrionară, intrauterină. El poate însă deveni hematoformator în anumite boli de sînge.

Componentele sîngelui

Sîngele este un ţesut compus din celule (globulele roşii sau hematiile, globulele albe sau leucocitele şi trombocitele) şi o substanţă intercelulară lichidă (plasmă), formată din apă care conţine în soluţie o serie de substanţe proteice şi săruri. Sîngele fixează oxigenul la nivelul plămînului şi îl transportă la ţesuturile şi celulele din întregul organism ; de asemenea, la nivelul intestinului preia substanţele nutritive rezultate din procesul digestiei şi absorbţiei intestinale, transportîndu-le, spre utilizare, la ţesuturi şi organe. Substanţele nefolositoare, rezultate din pro-

Scanned with OKEN Scanner

cesul de asimilare și dezasimilare celulară, sînt transportate de sînge la organele însărcinate cu transformarea și eliminarea lor. Sîngele mai are rolul de a transporta hormonii produși de glandele cu secreție internă. Leucocitele din sînge au rolul important de a apăra organismul de microbi, distrugîndu-i fie prin procesul de fagocitoză (înglobare și digerare), fie printr-un proces imunologic (anticorpi). Sîngele reprezintă a 13-a parte din greutatea totală a organismului, adică, la o persoană de 65—70 kg, aproximativ 5 litri. În afara organismului, sîngele se coagulează datorită transformării fibrinogenului (proteină care se găsește în soluție în plasmă) în fibrină, sub acțiunea diferiților factori ai coagulării aflați atît în plasmă, cît și în trombocite. Plasma lipsită de fibrinogen devine ser.

Proteinele plasmatice

Serul sanguin normal conține o cantitate de 6—8 g% proteine: albuminele, globulinele și fibrinogenul. Proteinele plasmatice au următoarele roluri: de a fixa și transporta apa sau alte substanțe; de a apăra organismul împotriva infecțiilor (funcția imunologică prin gammaglobulină, anticorpi și alexină); de a realiza coagularea și hemostaza prin fibrinogen și factorii coagulării existenți în plasmă; de a realiza diferite activități enzimatice.

Orice abatere de la raportul normal dintre proteine sau fracțiuni proteice și volumul lichidului în care sînt solubilizate poartă numele de disproteinemie. Testele de disproteinemie sînt examene ale sîngelui care informează asupra variațiilor cantitative sau calitative ale proteinelor plasmatice. Dintre acestea, mai frecvent utilizate sînt: viteza de sedimentare a hematiilor (V.S.H.), proba de turbiditate cu timol, examenul Takata-Ara sau Gross și electroforeza. Aceasta din urmă este o metodă de punere în evidență a proteinelor plasmatice, prin separarea lor pe cale electrică. Se știe că fiecare tip de proteină care face parte din complexul proteic plasmatic, într-un cîmp electric, migrează de la polul negativ la polul pozitiv, cu o anumită viteză. În acest fel, pe hîrtia de filtru pe care se efectuează migrarea se obțin, distanțate între ele, cele cinci fracțiuni proteice mai importante, în ordinea depărtării de la punctul de plecare: albumine, alfa$_1$-globuline, alfa$_2$-globuline, beta-globuline și gamma-globuline. Rezultatul normal al unei electroforeze este următorul:

albumine 56%; alfa$_1$-globuline 4%; alfa$_2$-globuline 8%; beta-globuline 14%; gamma-globuline 18%.

Proteinele plasmatice prezintă deseori modificări cantitative, caracteristice pentru anumite boli. Astfel, fracțiunea albuminică este crescută în cancerul sîngelui (leucoză) și scăzută în afecțiuni gastro-intestinale, hemoragii, revărsate pleurale, nefroză lipoidică, albuminurie cronică, ciroză hepatică. Fracțiunea globulinică este crescută în unele boli cronice, ca ciroza hepatică atrofică, și scăzută în cazul cînd organismul nu are capacitate de apărare împotriva infecțiilor. Un examen mai recent este imunoelectroforeza. Acest examen combină electroforeza cu precipitarea proteinelor, printr-un ser imun de antiproteine serice umane. Substanțele care asigură *inactivarea antigenilor microbieni*, luptînd astfel împotriva bolilor infecțioase, se găsesc tot printre proteinele sanguine, (în special în fracțiunea gammaglobulinelor) și poartă numele de *anticorpi*. Deci *gammaglobulinele reprezintă scheletul anticorpilor*.

Scanned with OKEN Scanner

Sărurile minerale plasmatice

În afară de proteine, în plasmă se găsesc solubilizate o serie de săruri minerale, în cantitate bine determinată fiecare, săruri care contribuie la păstrarea constantelor biologice ale sîngelui și umorilor, la întreținerea reactivității țesuturilor. Aceste substanțe chimice, care poartă numele de electroliți, sînt: clorul, fosforul, calciul, sodiul, potasiul și magneziul. Analiza care stabilește cantitatea electroliților în sînge se numește ionogramă.

Globulele roșii

Globulele roșii, numite și *hematii* sau *eritrocite*, sînt lipsite de nucleu la om. În mod normal, la bărbat se găsesc 4 500 000—5 000 000 de globule roșii într-un milimetru cub de sînge; la femeie, 4 000 000—4 500 000. Raportînd această cifră la întreaga cantitate de sînge circulant (circa 5 litri) reiese că, în medie, un om dispune de 25 000 de miliarde de globule roșii care, puse cap la cap, ar realiza un lanț lung de 175 000 km, cu care s-ar putea înconjura de 4 ori

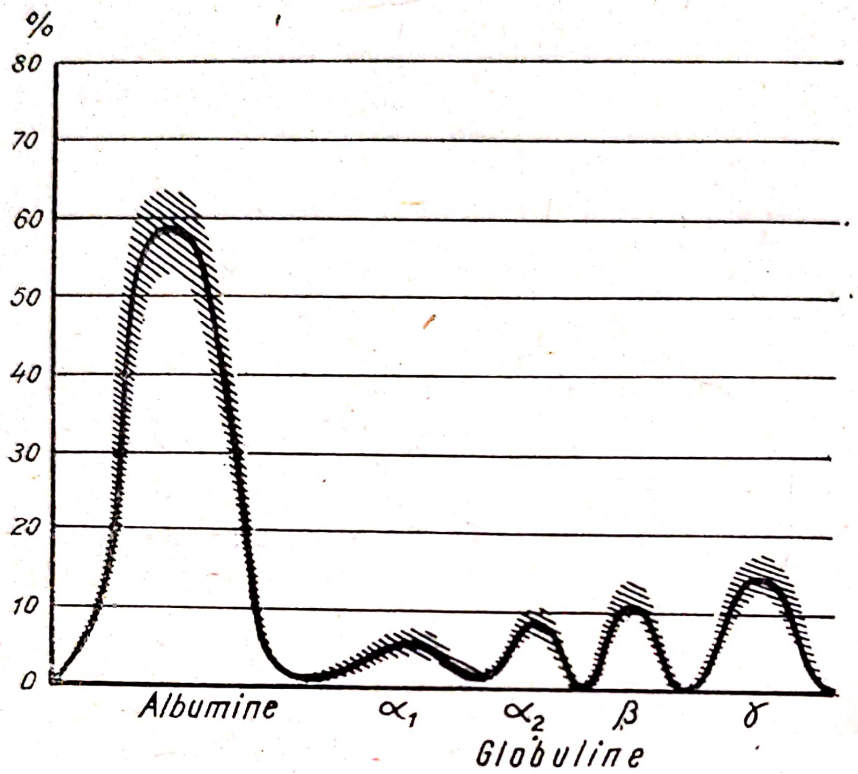


Fig. 51. — Bandă de electroforeză pe hîrtie și curba construită după această bandă pentru aprecierea procentelor de fracțiuni proteice din plasmă.

globul pămîntesc. Hematiile sînt în formă de disc, mai subţire în partea centrală şi cu marginile rotunjite şi mai groase. Ele au o dimensiune medie de 7 microni. După o viaţă care durează în medie 130 de zile, eritrocitele sînt distruse. Hemoglobina din globulele roşii are funcţia vitală de a capta oxigenul la nivelul capilarelor aflate în peretele alveolelor pulmonare şi de a-l ceda ţesuturilor.

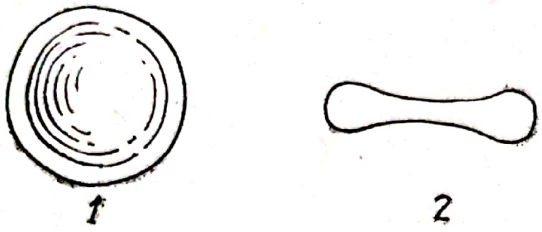


Fig. 52. — Globulul roşu (hematia sau eritrocitul) schematic: *1* — din faţă; *2* — din profil.

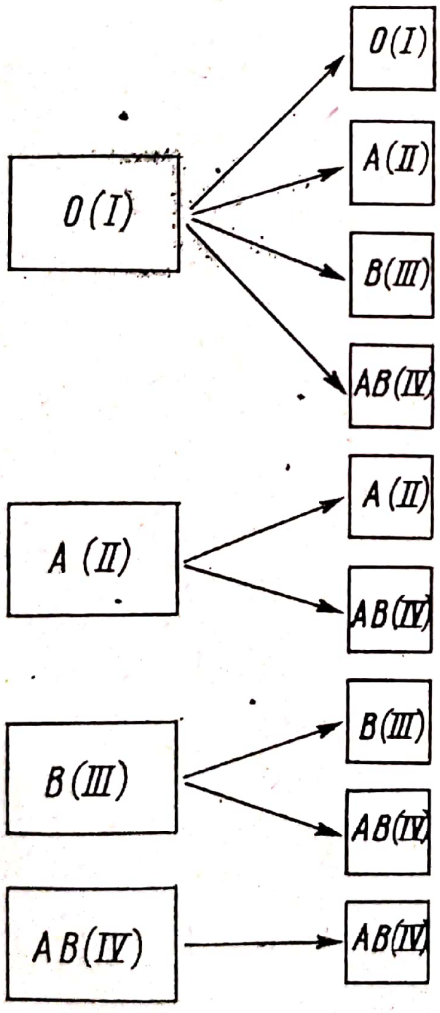


Fig. 53. — Compatibilitatea dintre sîngele bolnavului şi sîngele administrat (ce sînge poate primi bolnavul). Pe coloana din stînga, donatorii. Pe coloana din dreapta, primitorii de sînge.

Grupele sanguine. Pe suprafaţa globulului roşu se află anumite substanţe chimice, denumite aglutinogene. Aceste substanţe dau specificitatea de grup sanguin. Descoperite la începutul secolului nostru, de către Lansteiner, grupele sanguine clasice sînt: O (I), A (II), B (III), AB (IV). În ţara noastră, procentul cel mai mare de indivizi este reprezentat de cei din grupa sanguină A (II). După aceştia, în ordine descrescîndă vin cei aparţinînd grupelor O (I), B (III) şi AB (IV). În 1939, Wiener descoperă un alt sistem sanguin, care dă specificitate de grup, dîndu-i numele de sistemul Rh, după numele maimuţei antropoide *Maccacus rhesus*, pe globulele căreia s-au descris prima dată aglutinogenii Rh. La om s-a constatat că 85% din populaţie prezintă acest aglutinogen pe hematii, indivizii din această categorie primind numele de Rh-pozitivi; 15%, neprezentînd aglutinogenul, poartă numele de Rh-negativi. Cunoscînd apartenenţa grupală şi Rh-ul prin analiza de laborator, este posibilă efectuarea transfuziilor. Acestea se execută cu sînge conservat numai de acelaşi grup sanguin şi Rh.

Globulele albe

Globulele albe sau *leucocitele* sînt celule nucleate, care se pot prezenta sub diferite forme. Numărul normal este de 5 000—8 000 de leucocite pe milimetru cub. Ele sînt de formă sferică, prezentînd deseori mici prelungiri protoplasmatice numite pseudopode, care le ajută să se mişte în mediul înconjurător şi să poată în-

Scanned with OKEN Scanner

globa în protoplasmă microbi sau alte particule pe care urmează să le digere. Diametrul leucocitelor variază între 7 și 20 microni, după felul lor, cele mai mici fiind limfocitele și cele mai mari monocitele. Cu ajutorul pseudopodelor, leucocitele pot traversa peretele vascular în țesuturile în care este nevoie de apărare împotriva microbilor. Această trecere poartă numele de diapedeză.

Leucocitele se împart, după caracterele, originea lor și după modul în care se colorează, în :

Granulocite (produse de măduva oaselor) ; neutrofile ; eozinofile ; bazofile.

Limfocite (produse de ganglionii limfatici).

Monocite (produse de măduva oaselor).

Granulocitele neutrofile sînt cele mai numeroase leucocite din sînge, reprezentînd aproape 3/4 din totalul leucocitelor. Aceste celule au rolul de a înghiți microbii, ele formînd puroiul.

Granulocitele eozinofile reprezintă 1—3% din totalul leucocitelor. Aceste celule au rol în apărarea așa-zisă anafilactică a organismului.

Granulocitele bazofile, foarte rare (0,5—1% din totalul leucocitelor), au rol în împiedicarea coagulării intravasculare, prin heparină.

Limfocitele, produse de ganglionii limfatici și de splină, reprezintă aproximativ 1/4 din totalul leucocitelor. Au rol în combaterea unor infecții, ca tuberculoza, sifilisul, tusea convulsivă.

Monocitele reprezintă 5—8% din leucocite. Aceste celule sînt produse de țesutul reticular al măduvei oaselor. Ele au rol important în combaterea bolilor cronice și degenerative.

În timpul digestiei există o creștere trecătoare a numărului de globule albe. Din această cauză, numărarea lor nu poate fi făcută decît pe nemîncate. Creșterea numărului de leucocite (leucocitoză) apare în cursul tuturor infecțiilor acute microbiene, în afară de febra tifoidă în care numărul lor este scăzut. El este foarte crescut în leucemie (cancerul sîngelui). Scăderea numărului de leucocite (leucopenia) sub cifrele normale se întîlnește în bolile virotice, intoxicații ale măduvei oaselor (agranulocitoze), după tratamente cu raze Röntgen.

Hemograma normală (vezi tabelul sinoptic cu valorile normale ale unor examene de laborator, la capitolul „Analize medicale"). Interpretarea hemogramei, în funcție și de starea clinică a bolnavului, poate stabili fie o anemie, fie o infecție din organism, fie alte stări patologice. Este bine ca bolnavul să nu se aventureze în a aprecia dacă cifrele și procentele se încadrează sau nu în limite normale. În sistemul asistenței

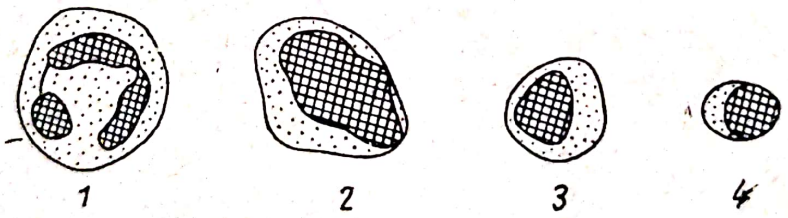


Fig. 54. — Globulele albe (leucocite) schematic : 1 — gronulocit ; 2 — monocit ; 3 — limfocit mare ; 4 — limfocit mic.

medicale gratuite din țara noastră, aceasta ar fi un non sens, o pierdere de timp.

Trombocitele

Trombocitele sau *plachetele sanguine* sînt elementele figurate cele mai mici din sînge. Sînt lipsite de nucleu. Ele provin din fragmentarea unei celule medulare mari, numită megacariocit. În număr de 180 000—300 000 pe mm^3, trombocitele au forma unui disc biconvex de 2—5 microni diametru, cu prelungiri de lungime variabilă, numite prelungiri *dendritice*. Trombocitele acționează asupra contracției vasculare și retracției cheagului de sînge, format la locul hemoragiei, și intervin în procesul coagulării.

Creșterea numărului de trombocite peste cifra normală poartă numele de trombocitoză și apare după prînz, în perioada dinaintea menstruației, în timpul gravidității, precum și la nou-născut, dar și în unele cazuri patologice (unele boli infecțioase, în perioadele imediat următoare unor hemoragii mari, după splenectomie, în cursul leucemiei mieloide cronice).

Scăderea numărului de trombocite, *trombopenia*, apare în timpul nopții, la femei în timpul menstruației sau în condiții de boală.

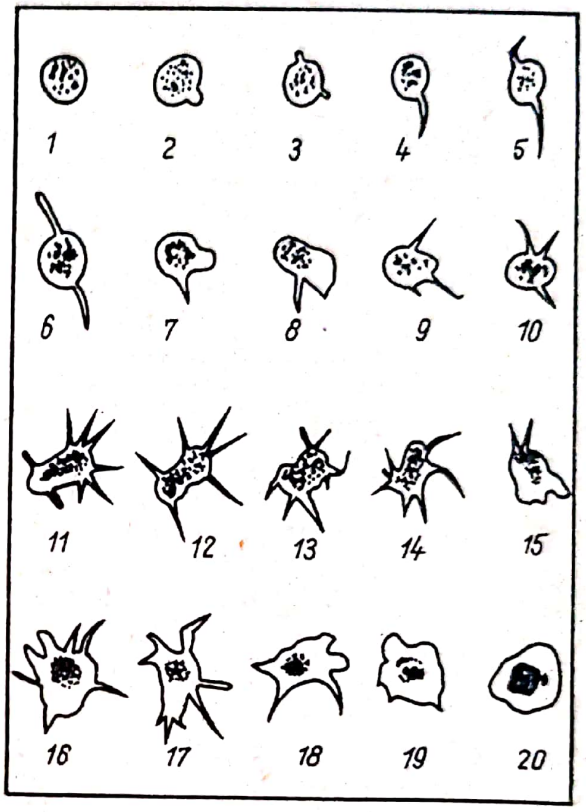


Fig. 55. — Plachete sanguine (trombocite): de la forma circulantă (1) apar forme cu pseudopode subțiri (2—10), apoi cu pseudopode groase (11—17) și forme întinse (18—20).

Bolile sîngelui

Prezentarea bolilor de sînge separat de cele ale organelor hematoformatoare este greu de făcut. Bolile sîngelui au de obicei o localizare principală pe elementele figurate ale seriei roșii, ale celei albe sau ale celei trombocitare, dar ele nu se limitează la seria respectivă, ci au ecou și în celelalte serii. În afară de bolile celulelor sîngelui se mai pot întîlni și boli ale proteinelor sanguine și în special boli ale coagulării. Ne vom opri la cele mai des întîlnite.

Bolile globulelor roșii

După creșterea sau scăderea numărului globulelor roșii bolile care afectează seria roșie se împart în poliglobulii și anemii.

Eritremiile sînt boli grave ale seriei roșii. În cadrul lor s-au descris:

Scanned with OKEN Scanner

policitemia, eritroblastozele cronice și eritroblastozele acute.

Policitemia se caracterizează printr-un sînge vîscos cu peste 6 000 000 globule roșii pe mm^3, dar care nu sînt încărcate suficient cu hemoglobină. Boala se asociază cu creșterea ficatului și splinei, datorită faptului că aceste organe devin la rîndul lor producătoare de hematii, alături de măduva oaselor. Boala durează în medie 10 ani.

Eritroblastozele sînt de asemenea boli de sînge grave, care se caracterizează prin apariția în sîngele circulant a elementelor tinere nucleate ale seriei roșii. Boala este asemănătoare cancerului seriei albe (leucemia). Forma cronică a eritroblastozei duce la anemie gravă, mortală (hematiile normale sînt înlocuite treptat cu celule tinere, care nu pot satisface nevoile respiratorii ale organismului).

Anemiile sînt cele mai frecvente boli de sînge.

O trăsătură caracteristică a tuturor anemiilor este scăderea în proporții variabile a numărului de globule roșii, fenomen asociat cu modificări în forma, structura și compoziția chimică ale hematiei.

Anemiile posthemoragice se caracterizează prin scăderea masivă a numărului de globule, precum și a cantității de hemoglobină. O formă gravă a anemiei acute posthemoragice este însoțită de șoc sau colaps cardiovascular. Forma cronică apare după pierderi mici, dar repetate, de sînge, prelungite deseori timp de luni și ani, producînd epuizarea măduvei oaselor și a rezervelor de fier ale organismului. Această situație apare în caz de ulcer duodenal sîngerînd, hemoroizi, colică ulceroasă, cancer gastric sau intestinal, metroragii, hematurii. Tratamentul acestor anemii constă în înlăturarea cauzei care le-a declanșat, medicamente (produse de fier, vitamina B_{12}) și transfuzii cu sînge total sau masă eritrocitară.

Anemia feriprivă se caracterizează prin încărcarea redusă cu hemoglobină a hematiilor și apare la persoanele care primesc prin alimentație cantități insuficiente de fier, la cele cu absorbție de fier prin intestin defectuoasă sau la cele la care consumul de fier este crescut (gravide, fete la pubertate etc.), precum și în utilizarea defectuoasă a fierului, în tumorile maligne și infecții. Tratamentul constă din administrarea pe gură sau prin injecții a preparatelor de fier, îmbunătățirea alimentației cu alimente cît mai bogate în proteine și fier.

Anemia pernicioasă (Biermer) se caracterizează prin lipsa de maturizare a globulelor roșii, datorită lipsei sau insuficientei sinteze a factorului antianemic (Castle) la nivelul mucoasei gastrice. Prin tratamentul cu vitamina B_{12} se constată o maturizare rapidă a tuturor globulelor roșii. Bolnavii cu tulburări gastrice cronice pot preveni această boală, prezentîndu-se cu regularitate la controlul medical periodic, în cadrul dispensarizării.

Anemiile hemolitice apar în urma unei distrugeri exagerate a globulelor roșii datorită fie calității defectuoase a hematiei, fie anticorpilor din plasma sanguină, fie, în sfîrșit, distrugerii globulelor roșii de către splină într-un ritm prea accelerat. Factorii chimici care pot declanșa anemii hemolitice sînt cloratul de potasiu, benzenul, plumbul, fosforul, sulfamidele, fenacetina și chinina, toxinele unor microbi (streptococi, stafilococi), toxinele unor paraziți (hematozoarul palustru) precum și unele toxine provenite din ciuperci sau veninuri de șarpe și păianjen. Factorii imunologici sau anticorpii hemolizei apar da-

Scanned with OKEN Scanner

torită incompatibilității dintre aglutinogenul aflat pe hematiile sîngelui administrat prin transfuzie și aglutininele din sîngele bolnavului. Acești anticorpi distrug hematiile introduse și produc o stare gravă, numită șoc hemolitic posttransfuzional. O boală similară, însă produsă în mod „fiziologic", este boala hemolitică a nounăscutului, care apare prin conflict serologic, în special în sistemul sanguin Rh. În acest caz, tatăl fiind Rh pozitiv, transmite fătului acest caracter al globulelor roșii. În timpul sarcinii, globulele roșii Rh-pozitive ale fătului trec prin placentă în corpul mamei, producînd în sîngele acesteia anticorpi specifici anti-Rh. Trecînd din nou prin placentă în corpul fătului, ele distrug hematiile acestuia, producîndu-i boala hemolitică. Caracteristica tuturor anemiilor hemolitice este scăderea marcată a numărului de eritrocite, care poate atinge valori severe, sub 1 000 000 pe milimetru cub. Din cauza efortului la care este supusă, măduva oaselor nu mai poate compensa pierderile. Această fază gravă a bolii poartă numele de panmieloftizie. Urina este colorată în roșu, datorită eliminării resturilor provenite din cantitatea mare de hemoglobină pusă în libertate prin distrugerea globulară.

Anemiile prin defect de generare a eritrocitelor, numite hipoplastice sau aplastice, sînt datorite incapacității măduvei oaselor de a produce hematii. Aceste anemii apar în special în timpul bolilor maligne ale sistemului hematopoietic (leucemii acute și cronice, reticuloză). Ele sînt asociate și cu o scădere a numărului de trombocite, din care cauză, alături de anemie, la bolnavi se instalează și hemoragii. Forma gravă a anemiilor hipoplastice și aplastice se confundă cu panmieloftizia.

Bolile globulelor albe

Bolile globulelor albe se referă la acele stări morbide în care numărul sau calitatea leucocitelor diferă de normal.

Leucopenia constă în scăderea leucocitelor sub cifra normală de 5 000—8 000 elemente pe milimetru cub. Ea apare ca un simptom în cursul bolilor datorite virusurilor, precum și în febra tifoidă. Cifrele înregistrate nu scad în aceste cazuri mult sub normal (2 000—4 000 pe mm^3). În intoxicațiile măduvei oaselor apare o formă foarte gravă de leucopenie, denumită *agranulocitoză.* Spre deosebire de leucopenia în care numărul global de globule albe este scăzut, în agranulocitoză scăderea generală a leucocitelor este însoțită de o scădere mare sau dispariția selectivă a granulocitelor (polinucleare), fie din cauza neputinței măduvei de a le produce, fie prin distrugerea lor masivă în circulație. Apar ulcerații necrotice pe mucoase. Boala se datorește intoxicației organismului cu substanțe chimice (benzen) sau medicamente (pyran, atofan, chinină, fenacetină, penicilină, barbiturice, cloramfenicol), precum și în cazul administrării unor doze mari de raze Röntgen.

Tratamentul constă în primul rînd din îndepărtarea toxicelor care au produs boala. Lucrătorii din industria chimică de sinteză în care se utilizează substanțele care produc agranulocitoză sînt obligați să respecte în modul cel mai strict măsurile de protecție. Bolnavii, care utilizează medicamente ce pot determina apariția agronulocitozei au obligația de a se conforma întocmai prescripției medicale.

Limfocitoza se caracterizează printr-o creștere a proporției de limfocite peste 25%, cît reprezintă aces-

tea față de celelalte globule albe. Acest simptom hematologic este caracteristic anumitor stări de apărare a organismului, limfocitul considerîndu-se astăzi ca sediul de formare a anticorpilor. *În limfocitoza infecțioasă* o viroză limfatică acută care se caracterizează prin leucocitoză cu limfocitoză, numărul de globule albe poate crește la 40 000—50 000 elemente pe mm^3, dintre care 50—80% sînt limfocite. Boala nu prezintă gravitate, evoluînd de cele mai multe ori benign.

Mononucleoza infecțioasă este de asemenea o boală a sistemului limfatic, produsă de un virus. Clinic se caracterizează prin : amigdalită, febră, umflarea ganglionilor și a splinei, creșterea importantă a leucocitelor, cu predominanța monocitelor. Boala nu prezintă gravitate. Fiind o boală infecțioasă, se poate preveni prin măsurile generale de profilaxie a contagiunii, în primul rînd prin evitarea contactului cu persoanele bolnave.

Leucemia mieloică cronică se caracterizează prin creșterea masivă a leucocitozei (50 000—200 000 pe mm^3), dominată de elementele granulocitare adulte și tinere. Pe măsură ce procesul canceros invadează întreaga măduvă sînt prinse și celelalte serii de celule : roșie și trombocitară. Apare o anemie gravă, însoțită de hemoragii, prin scăderea numărului de trombocite. În formele avansate se constată că și alte organe hematopoietice, care în mod normal nu produc granulocite, devin sedii suplimentare de producție a acestor elemente sanguine (splina). Tratamentul leucemiei mieloice cronice rămîne încă bazat pe chimioterapie și medicație simptomatică, avînd scopul să prelungească viața bolnavului.

Leucemia limfatică cronică este localizată pe organele limfatice. Este o leucemie mai benignă decît cea mieloică. Boala se manifestă asemănător cu leucemia mieloică, cu deosebirea că elementele care predomină formula leucocitară sînt limfocitele.

Leucemia acută este cea mai gravă formă a leucemiilor, putînd evolua mortal în 2—3 săptămîni. În circulația sanguină, globulele albe sînt înlocuite aproape în totalitate de către un singur tip de celule tinere, fără funcțiile pe care le au de obicei globulele albe. Datorită chimioterapiei moderne, leucemia acută are astăzi o perioadă de evoluție mai lungă ca în trecut.

Bolile ganglionilor limfatici și ale splinei

Bolile ganglionilor limfatici, în afara celor care apar în cursul altor boli infecțioase și care nu prezintă gravitate, sînt grave, de tip canceros, ca : reticulosarcomul, limfosarcomul și limfogranulomatoza malignă (boala Hodgkin).

În afară de bolile comune și celorlalte organe limfatice pe care le-am enumerat, splina poate prezenta o boală numită *hipersplenism*, care este o exagerare patologică a funcțiilor normale ale splinei. Pe de o parte se modifică activitatea normală a măduvei oaselor, iar pe de altă parte, se exercită o acțiune de distrugere a globulelor roșii, mult crescută față de normal. Singurul tratament care se poate aplica în aceste cazuri este scoaterea chirurgicală a splinei.

Bolile de coagulare

Cînd iese din corp, sîngele se coagulează. Acest fenomen se produce în mod normal după 7—12 minute. De-

Scanned with OKEN Scanner

ficiențele care apar în mecanismul coagulării provoacă boli hemoragice, numite și diateze hemoragice.

Hemofiliile sînt boli hemoragice constituționale, transmisibile ereditar, care ating în special persoanele de sex masculin (transmiterea caracterului ereditar făcîndu-se prin sexul feminin) și se datoresc lipsei din plasmă a factorilor antihemofilici. Hemofiliile se împart în 3 categorii, notate cu literele alfabetului A, B și C, după factorul deficitar.

Hemofilia A se caracterizează prin apariția, după traumatisme aparent neînsemnate, de echimoze (vînătăi) și hematoame, care survin în special primăvara și toamna. Localizarea hematoamelor este de preferință intraarticulară, viscerală (pe organe) sau buco-nazală. Transfuzia cu plasmă proaspătă care conține globulină antihemolitică A corectează coagularea sîngelui, dar nu produce vindecarea definitivă a bolii. Se recomandă ca persoanele care suferă de această boală să se ferească de lovituri, precum și de mișcări bruște ale corpului, care pot declanșa apariția leziunilor caracteristice bolii.

Hemofilia B se caracterizează prin simptome identice hemofiliei A. Formele sînt însă în general mai discrete, datorită faptului că factorul antihemofilic B este eficient în cantități foarte mici, spre deosebire de factorul antihemolitic A, care în procesul de coagulare intră în cantități mari. Tratamentul în acest tip de hemofilie constă în transfuzie de plasmă sau ser, care nu este necesar să fie proaspete, întrucît factorul rezistă la conservare.

Hemofilia C este o boală care se întîlnește rar și nu pune probleme terapeutice, întrucît se corectează ușor prin plasmă normală, care conține globulina antihemofilică C.

Avitaminoza K împiedică sinteza la nivelul celulei hepatice a unor factori ai coagulării (prin lipsa din alimentație sau de elaborare la nivelul intestinului a vitaminei K, precum și prin lipsa sărurilor biliare în prezența cărora se absoarbe în organism această vitamină). Tratamentul bolii constă în administrarea preparatelor de vitamină K.

Afibrinogenemia congenitală este o boală rară, datorită incapacității organismului de a sintetiza fibrinogenul (factor al coagulării). Boala atinge ambele sexe și are clinic o simptomatologie asemănătoare hemofiliei. Hemoragiile apar numai cu ocazia unui traumatism.

Trombopeniile sînt boli legate de numărul redus de trombocite eliberate în torentul circulator de către măduva oaselor. Ele pot fi cronice sau acute.

Trombopenia cronică sau boala Werlhoff apare frecvent și are caracter familial. Se caracterizează prin hemoragii spontane la traumatisme minime. Boala se manifestă la vîrsta tînără.

Trombopenia acută apare ca boală asociată în leucemia acută și în intoxicațiile cu medicamente, datorită inhibării trombopoiezei medulare.

Trombasteniile se caracterizează prin numărul normal de trombocite, dar cu deficit calitativ trombocitar.

Purpura se caracterizează prin apariția pe piele a unor pete de culoare roșie-vînătă, numite peteșii, și se datorește fragilității mărite a capilarelor. Ca simptom, purpura se manifestă în sindroamele hemoragice vasculare. Ea poate apărea de asemenea în trombocitopenii și în trombopatii, precum și în boli cu modificări în plus sau în minus ale globulinelor plasmatice.

Scanned with OKEN Scanner

9

Aparatul urinar

- Structura și funcția aparatului urinar 180
- Cauzele generale ale bolilor aparatului urinar 183
- Simptomele mai frecvente în bolile aparatului urinar 184
  - Modificările de volum al urinii 185
  - Modificările de culoare a urinii 185
  - Modificările de aspect al urinii 186
  - Modificările de ritm al urinii . 186
  - Tulburările de micțiune . . 186
  - Durerile lombare 186
  - Edemul renal 186
  - Hipertensiunea arterială . . 187
  - Insuficiența renală 187
- Principalele boli ale aparatului urinar 187
  - Glomerulonefritele 187
  - Glomerulonefrozele 189
  - Pielocistitele 190
  - Pielonefritele 190
  - Tuberculoza urinară . . . 191
  - Litiaza urinară 191
  - Insuficiența renală 192
- Prevenirea bolilor aparatului urinar 193
- Reguli de igienă pentru bolnavii suferind de boli ale aparatului urinar 194

Structura și funcția aparatului urinar

Ca să poată funcționa normal, diferitele celule ale organismului cer să fie plasate într-un mediu lichid, care să fie lipsit de substanțe toxice, foarte constant din punct de vedere fizic și chimic. Acest mediu extracelular a fost numit în a doua jumătate a secolului trecut de către fiziologul francez Cl. Bernard „mediul intern", în contrast cu mediul înconjurător, cunoscut ca mediu extern. Constantele fizico-chimice ale mediului intern au fost numite *homeostazii*. Homeostaziile tind însă să se modifice permanent, din cauza aportului continuu de apă, săruri și diferite alimente din mediul extern (aport exogen), cît și prin formarea permanentă de apă, bioxid de carbon, acizi, uree, acid uric și eliberarea de săruri rezultate din arderile chimice care au loc permanent în celulele în activitate (aport endogen). Dacă homeostaziile s-ar altera, celulele nu ar mai putea lucra și organismul ar muri. Există însă o serie de aparate și sisteme în organismul uman care elimină permanent și în conformi-

Scanned with OKEN Scanner

tate cu un program riguros excesul diferitelor substanţe din mediul intern. Funcţia aceasta este numită *funcţia excretoare*. De fapt, cu excepţia bioxidului de carbon (eliminat prin plămîni), a metalelor grele (eliminate prin tubul digestiv) şi a unor cantităţi infime şi nereglate de apă, săruri şi uree (eliminate prin tubul digestiv, transpiraţie, lacrimi etc.), imensa majoritate a funcţiei excretoare este realizată de aparatul urinar.

Aparatul urinar îşi realizează funcţia excretoare eliminînd în mediul extern *urina*, produs cu o compoziţie fizico-chimică foarte variată, în corelaţia directă cu excesul sau deficitul diferitelor substanţe în mediul intern, în momentul formării urinii. De fapt, numai elasticitatea funcţională a rinichiului, capabil să formeze urini cu calităţi fizice şi chimice atît de diferite, explică cum acest organ poate menţine la cifre constante caracteristicile fizico-chimice ale mediului intern, supuse unor influenţe atît de diverse (în fiecare zi ingerăm alte alimente, cantităţi diferite de apă, facem altfel de

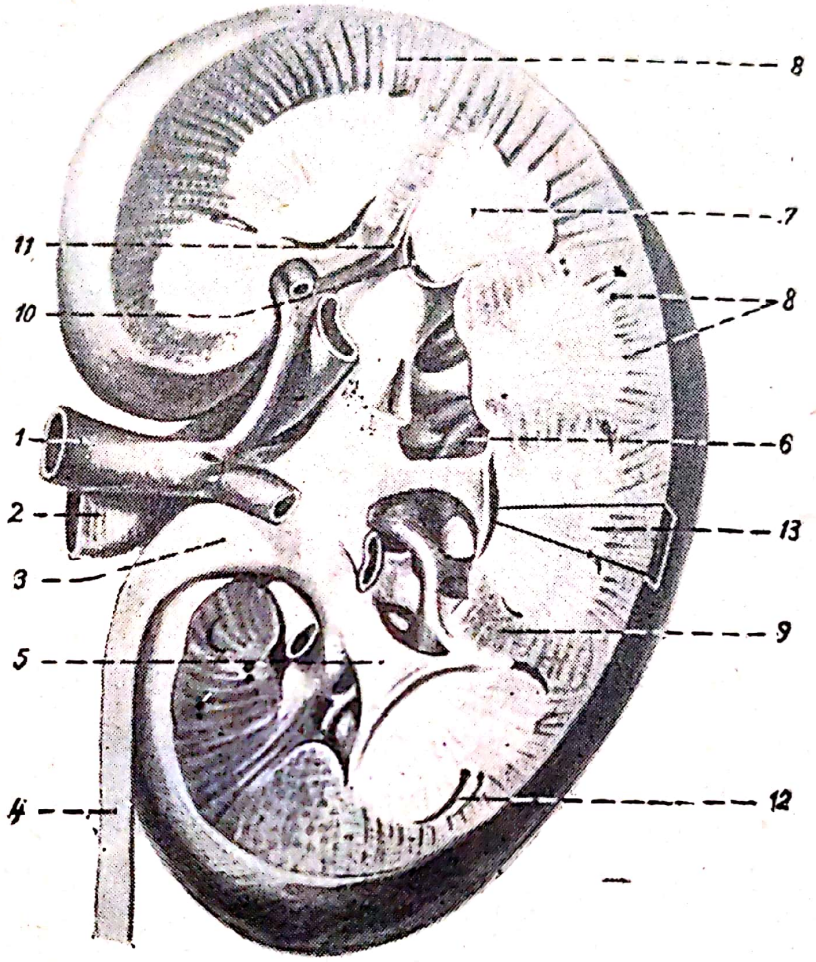


Fig. 56. — Secţiune prin rinichi :

1 — artera renală ; *2* — vena renală ; *3* — bazinetul ; *4* — ureterul ; *5* — calice ; *6* sinusul renal ; *7* — piramidă Malpighi ; *8* — piramide Ferrein ; *9* — coloană Bertin ; *10* — papilă ; *11, 12* — ramuri arteriale.

Scanned with OKEN Scanner

eforturi fizice, care determină arderi celulare diferite etc.). În *structura aparatului urinar* intră *rinichii* (în care se formează de fapt urina), care se continuă cu căile urinare : *calicele, bazinetele, ureterele, vezica urinară, uretra.*

miniatură, funcţia globală renală. Nefronii sînt formaţi dintr-un *glomerul*, în constituţia căruia intră un ghem de capilare sanguine, care desfăşurate realizează o suprafaţă de aproximativ 2 m^2. La nivelul glomerulilor, plasma care circulă prin capilare este fil-

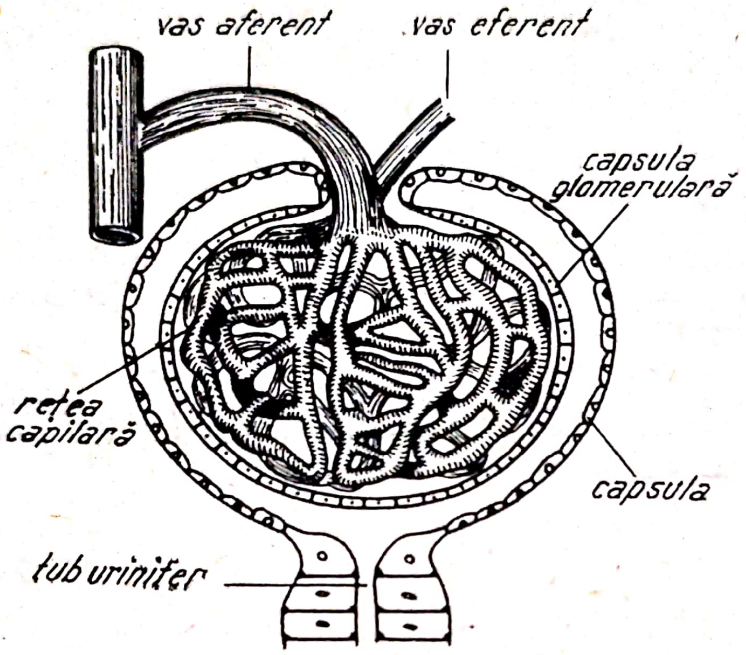


Fig. 57. — Glomerul renal, unitatea funcţională.

Rinichii, în număr de doi, au forma unor boabe de fasole care se privesc cu marginile concave faţă în faţă şi sînt situaţi de o parte şi de alta a coloanei vertebrale, la nivelul lombelor (şalelor). Secţiunile prin rinichi arată că aceştia sînt alcătuiţi din două feluri de substanţe : una mai deschisă la culoare, la exterior, numită *corticala,* alta mai închisă la culoare, situată la interior, numită *medulara.* La locul unde se implantează bazinetul şi calicele, numit *hil,* pătrund şi ies din rinichi vasele sanguine, vasele limfatice şi nervii rinichiului. Studiile microscopice au arătat că fiecare rinichi este format la om dintr-un milion de unităţi anatomo-funcţionale numite *nefroni* (fig. 57), care realizează, fiecare în

trată în nefroni în cantităţi imense (180 litri/zi). Plasma filtrată constituie materia primă pentru formarea urinii definitive. Ea este numită şi *urină primară* sau *filtrat glomerular.* Mărimea filtratului glomerular face să se prevadă că rinichii sînt nişte organe foarte intens vascularizate. Într-adevăr, prin rinichi, care nu reprezintă decît 1/200 din greutatea întregului organism, trece 1/5 din debitul cardiac. Glomerulii se continuă cu un sistem de tubi (tubii renali), de structuri diferite, care prelucrează urina primară, reîntorcînd cea mai mare parte din apă şi din substanţele filtrate înapoi în organism. După cum se găsesc în exces sau în deficit în organism, diferitele substanţe sînt mai puţin sau mai mult resor-

Scanned with OKEN Scanner

bite din urina primară, astfel că ele se elimină în cantități mai mari sau mai mici prin urina definitivă. Urina este de fapt definitivată la sfîrșitul excursiei ei prin sistemul de tubi al nefronilor.

Pe măsura formării ei, ea se varsă în așa-numitele căi urinare superioare (calice, bazinete, uretere), care au rolul de a o conduce continuu în vezica urinară. Această conducere este favorizată de fibrele musculare ce se găsesc în pereții căilor urinare superioare. *Vezica urinară* are rolul unui depozit de urină, cu o capacitate de 250—300 ml (mai mare la femeie), care permite ca eliminarea urinii în mediul extern să se facă intermitent (de 4—5 ori pe zi). Eliminarea urinii are loc ca urmare a contracției voluntare a mușchilor aflați în peretele vezical, care împing urina prin *uretră*. Actul eliminării urinii în mediul extern se numește *micțiune* și el se găsește sub controlul sistemului nervos. Cînd acesta prezintă anumite tulburări se pot produce blocări ale urinii în vezică (retenție acută de urină) sau, din contra, pierderi involuntare, în special noaptea (enurezis).

Cantitatea de urină eliminată în 24 de ore *(diureza)* este de 20 ml/kilocorp (1 500 ml la un adult de 75 kg), dintre care 3/4 sînt evacuate ziua și 1/4 noaptea (într-o singură micțiune de dimineață).

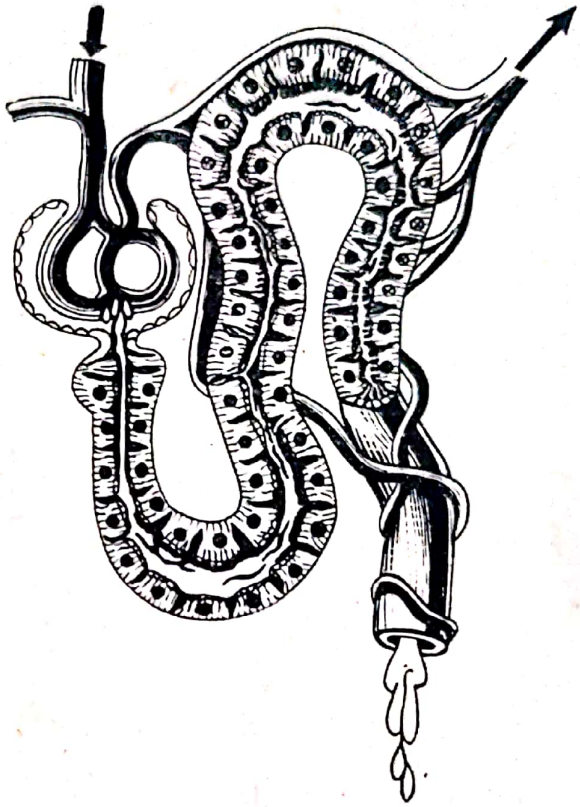


Fig. 58. — Schema elaborării urinii. Prin glomerul se filtrează zilnic o mare cantitate de urină. Prin tubii uriniferi se face ulterior o absorbție selectivă a unei părți din lichidul și substanțele minerale și organice filtrate.

Cauzele generale ale bolilor aparatului urinar

Fiind legat prin vase de întregul organism, concentrînd majoritatea substanțelor toxice, microbilor și virusurilor ce se elimină la nivelul său, fiind sub dublu control nervos și endocrin, primind numeroase influențe indispensabile adaptării funcției sale și venind în contact direct cu mediul extern prin căile urinare inferioare (uretră, vezică urinară), aparatul urinar este supus la numeroase cauze de îmbolnăvire.

Infecțiile de diferite feluri reprezintă cauzele cele mai frecvente de îmbolnăvire. Ele se pot localiza direct în rinichi (în țesutul dintre nefroni) sau pot acționa de la distanță. Orice infecție prezentă în organism influențează defavorabil rinichiul. Amigdalitele, faringitele, sinuzitele, otitele, infecțiile dentare și cutanate, scarlatina exercită în special efecte la distanță, determinînd boli inflamatoare ale glomerulilor, numite *glo-*

Scanned with OKEN Scanner

merulonefrite. În septicemiile de orice natură (inclusiv cele din bolile infecto-contagioase), în infecţiile digestive (colite, apendicite, colecistite), în furunculoză, supuraţii pulmonare, otice, sinuzale sau în infecţiile aparatului genital (prostatite, anexite, metrite), microbii ajung la rinichi, determinînd infecţii ale acestora, numite *pielonefrite*. Deseori, infecţiile interesează numai căile urinare : *pielite* (infecţii bazinetale), *ureterite* (infecţii ureterale), *cistite* (infecţii vezicale), *uretrite* (infecţii uretrale). Tuberculoza ocupă un loc aparte printre aceste infecţii, fiind deseori cauza de îmbolnăvire a aparatului urinar.

Toxicele constituie o a doua cauză de îmbolnăvire a aparatului urinar. Ele pot exercita o acţiune lentă, cronică sau, din contra, pot produce dintr-o dată o intoxicaţie severă a rinichiului, determinînd în această circumstanţă o oprire bruscă a funcţiei renale, numită *insuficienţă renală acută*. Asemenea tablouri se realizează mai ales după intoxicaţiile cu metale grele (aur, mercur, bismut) aflate în compoziţia unor medicamente sau antiseptice (sublimatul). Sulfamidele, unele antibiotice, reumazolul, vitamina D_2, greşit administrate, pot şi ele da o insuficienţă renală acută, motiv pentru care indicarea lor, fixarea dozelor şi a modului de administrare nu pot fi făcute în afara avizului medicului. Unele toxice renale se găsesc şi printre produsele industriale (vopsele, detergenţi, chimicale fotografice etc.), devenind foarte periculoase în special dacă sînt înghiţite. Dintre toxicele renale cu acţiune lentă, cea mai importantă de cunoscut este fenacetina, prezentă în formula multor antinevralgice, care determină o boală cronică de rinichi. Efectul dăunător apare numai la înghiţirea de cantităţi mari (6—10 tablete pe zi), un timp mai îndelungat.

O altă cauză de îmbolnăvire a rinichiului este *blocarea căilor urinare* printr-un obstacol dinăuntrul acestora sau o compresiune din afară. Dintre obstacolele mai obişnuite trebuie menţionată piatra la rinichi (litiaza urinară). Unul din mecanisme constă în precipitarea sărurilor aflate în urină, favorizată de prostul obicei al populaţiei civilizate de a consuma lichide puţine, fapt care determină concentrarea urinii.

Bineînţeles că, la fel ca şi în cazul altor aparate, dar foarte rar, există posibilitatea localizării unor *tumori* şi la nivelul aparatului urinar.

Proasta funcţionare a rinichiului şi a căilor urinare poate fi condiţionată şi de *tulburări ale altor aparate şi sisteme*. Astfel trebuie menţionat rolul tulburărilor cardio-vasculare (hipotensiune sau hipertensiune arterială, insuficienţă cardiacă), ale aparatului digestiv (vărsături sau diaree persistente), ale sistemului nervos şi endocrin, ale coloanei sacrate (de la nivelul căreia ies nervii care inervează vezica urinară). În general, orice îmbolnăvire poate avea răsunet asupra aparatului urinar.

Simptomele mai frecvente în bolile aparatului urinar

Bolile aparatului urinar se pot prezenta cu simptome necaracteristice (dureri de cap, febră, greaţă, oboseală, vărsături etc.). Din fericire, asemenea semne apar tîrziu, cînd deja suferinţa aparatului urinar este diagnosticată. În marea majoritate a cazurilor, suferinţa aparatului urinar se trădează prin simptome caracteristice care ne atrag de la început atenţia. Ele tre-

Scanned with OKEN Scanner

buie să mobilizeze pe cel care le observă imediat la medic, în vederea precizării diagnosticului.

Modificările de volum al urinii

În funcţie de cantitatea de lichide consumate şi de pierderea de apă pe alte căi (transpiraţie, vărsături, diaree), volumul urinii în 24 de ore variază între 800 şi 2 000 ml la adult. Se numeşte *oligurie* reducerea volumului urinar sub 800 ml pe zi şi *poliurie* creşterea volumului urinar peste 2 000 ml pe zi.

Oliguria poate fi produsă şi de alte boli, în afara acelora ale aparatului urinar (insuficienţă cardiacă, ciroză hepatică, vărsături sau diaree de orice cauză), dar, în asemena situaţii, urina este de obicei concentrată (rinichiul normal concentrează substanţele în lipsă de apă, asigurînd astfel eliminarea lor cu cantităţi de lichid mai mici). Din contra, în bolile renale, oliguria este dublată de obicei de urini decolorate.

Poliuria poate apărea şi ea în alte boli decît cele renale (hipofizare, diabet). Ea poate atinge valori foarte mari. Deseori este sesizată de bolnav în direct, prin senzaţia de sete.

Prin *anurie* se înţelege oprirea completă a formării de urină. Ea este întîlnită cel mai adesea în insuficienţa renală acută.

Modificările de culoare a urinii

Urina roşie (hematuria) semnalizează aproape totdeauna prezenţa sîngelui în urină, fiind datorită de cele mai multe ori unei boli a aparatului urinar (se mai întîlneşte în unele boli ale sîngelui). Culoarea roşie este dată uneori de prezenţa altor substanţe colorate (mai ales hemoglobina eliberată prin distrugerea globulelor roşii în interiorul vaselor). Hematuria poate fi produsă de majoritatea bolilor aparatului urinar

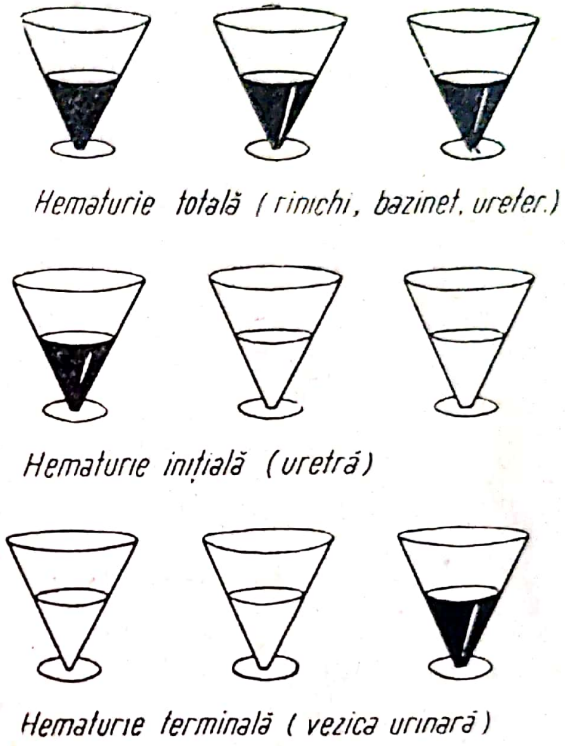


Fig. 59. — Proba celor trei pahare.

(litiază urinară, tuberculoză urinară, glomerulonefrite, tumori urinare, cistite etc.). Pentru a ajuta punerea diagnosticului este bine ca bolnavul să observe atent şi să redea condiţiile în care apare urina roşie. Se recomandă să urineze separat în 3 pahare, pentru a vedea dacă urina este roşie de la început şi pînă la sfîrşitul micţiunii (hematurie totală), numai la început sau numai la sfîrşit. Coloraţia portocalie-verzuie poate trăda o boală a ficatului. Modificări de culoare pot apărea şi după ingerarea unor medicamente (galbenă-roşiatică după piramidon, reumazol, algocalmin, galbenă după santonină şi net verzuie după albastru de metilen).

Scanned with OKEN Scanner

Modificările de aspect al urinii

Urina tulbure se datorește fie unei precipitări de săruri (eliminate în concentrații mari, prin lipsă de apă), fie prezenței de puroi în urină (infecție a aparatului urinar). De obicei, în prima eventualitate, urina nu este tulbure imediat după eliminare, ci se tulbură stînd în vas. Adăugarea cîtorva picături de oțet concentrat poate limpezi în astfel de cazuri urina. Urina tulbure prin precipitare de săruri este deseori observată după ingerarea de prafuri alcaline (la bolnavii ulcerosi).

Modificările de ritm al urinii

Rinichiul normal elimină prompt cantitățile de lichide ingerate. Întîrzierea de eliminare a urinii se numește *opsiurie*. Ea poate fi determinată și de multe boli extrarenale (insuficiență cardiacă, boli hepatice, suprarenale etc.). Mai caracteristică este pentru bolile aparatului urinar așa-numita *nicturie* (majoritatea urinii este eliminată în cursul nopții), care scoală bolnavul din somn.

Tulburările de micțiune

Semnalizează de regulă boli ale vezicii urinare, uretrei sau nervilor care controlează funcția vezicală.

Polakiuria sau micțiunile frecvente (10—20 pe zi) arată o iritație vezicală de natură inflamatoare (cistitele, tuberculoza vezicală), sau mecanică (litiaza vezicii, tumorile). Cam aceeași semnificație o au usturimile sau durerile la urinat *(disuria)*, senzația imperioasă de a urina imediat ce s-a terminat o micțiune *(tenesmele vezicale)*, senzația de urină fierbinte. Blocarea urinii în vezică *(retenția acută de urină)* este mai adesea de cauză prostatică sau nervoasă. Ea nu trebuie confundată cu anuria (lipsa de formare a urinii în rinichi). La prostatici, retenția apare deseori în legătură cu administrarea unor medicamente care trebuie deci evitate (Foladon, atropină, diuretice). Printre alte simptome ale îmbolnăvirii căilor urinare trebuie menționate : *jetul urinar întrerupt, dificultatea de a porni micțiunea, jetul dublu* (stricturi uretrale), *lipsa de forță a jetului urinar* (stricturi uretrale, boli ale prostatei) etc.

Durerile lombare

Trădează de regulă afecțiuni inflamatoare, renale (pielonefrite), inflamații bazinetale (pielite), iritații mecanice bazinetale (litiază) sau distensiuni bazinetale. Nu trebuie uitat că durerile lombare pot fi produse și de bolile coloanei vertebrale și ale mușchilor din regiunea lombară. În aceste situații, ele sînt corelate imediat de schimbările de poziție, statul prelungit pe scaun etc. Cînd se angajează o piatră sau un cheag în căile urinare, durerea devine violentă, din cauza contracțiilor ureterului care încearcă să elimine obstacolul și este numită *colică renală*. Ea iradiază în jos, de-a lungul ureterului, spre organele genitale și are perioade de accentuare și de relaxare. Deseori este urmată de urini roșietice (cu sînge = hematurie) și se însoțește de greață și vărsături.

Edemul renal

Se înțelege prin edeme o îmbibare a țesutului subcutanat cu apă, care se manifestă prin apariția unor umflături, la care compresiunea cu de-

Scanned with OKEN Scanner

getul lasă urme persistente. Edemele se întîlnesc în multe boli (tulburări circulatorii locale — varice, insuficiență cardiacă, boli hepatice, inaniție etc.). Caracteristic, edemele de tip renal apar dimineața la pleoape și la glezne, sînt albe, moi, nedureroase. Ele se întîlnesc numai în bolile glomerulilor și observarea lor trebuie să determine instalarea imediată a bolnavului la pat, întreruperea alimentației și lichidelor (dar în special a sării) și chemarea urgentă a medicului, boala care le produce fiind perfect vindecabilă dacă este precoce și corect tratată.

Hipertensiunea arterială

Este un semn obișnuit în cursul multor boli ale aparatului urinar. Semnele care atrag atenția asupra necesității măsurării presiunii arteriale sînt prezentate în alt capitol. Creșterea tensiunii arteriale este foarte deseori datorită unor cauze din afara aparatului urinar. Ceea ce poate face să se bănuiască natura ei urinară (renală) este valoarea relativ mare a cifrei minimei, fixitatea ei și mai ales asocierea ei cu unele din semnele prezentate mai sus. Cum, uneori, acestea pot să lipsească în ciuda naturii urinare a hipertensiunii arteriale, se obișnuiește ca bolnavului care prezintă o creștere tensională să i se recomande un examen al urinii, și, dacă medicul consideră necesar, și alte explorări ale aparatului urinar (urografii, dozări de uree etc.).

Insuficiența renală

Cîteodată bolile aparatului urinar nu se manifestă prin nici un semn clinic (sau mai exact prin nici un semn caracteristic) și bolnavul se prezintă la medic deja în insuficiență renală. Manifestările clinice ale acesteia sînt foarte variate (oboseală, somnolență, dureri de cap, amețeli, astenie, anemie, lipsă de poftă de mîncare, gust neplăcut în gură, greață, vărsături, diaree fără motiv aparent, sughiț, erupții pe piele, mîncărimi de piele, diferite sîngerări), în legătură cu faptul că modificarea constantelor fizico-chimice ale mediului intern face să sufere pe rînd toate sistemele și aparatele organismului, în ordinea sensibilității lor, particulară la fiecare bolnav. Diagnosticul de certitudine este dat de examenele de laborator, care găsesc ureea și acidul uric crescute, alterarea compoziției în săruri a plasmei și modificări în urină. Trebuie spus aici că creșteri moderate ale ureei se pot întîlni și în afara bolilor renale. Chiar la indivizii normali, se observă creșterea ureei dacă ei ingerează multă carne și consumă puține lichide. Pentru prevenirea insuficienței renale este bine ca periodic și mai ales în condiții cunoscute a afecta rinichiul (cum ar fi în amigdalite, scarlatină sau în munca cu substanțe toxice) să se facă un control al urinii. Se pot astfel descoperi și trata din timp bolile rinichiului care evoluează tăcut.

Principalele boli ale aparatului urinar

Glomerulonefritele

Sînt boli ale glomerulilor, de natură inflamator-alergică, apărute ca urmarea unei infecții, de obicei cu streptococ. Se cunosc forme difuze, în care sînt lezați aproape toți glomerulii, și forme parcelare (în focar), care afectează numai un număr restrîns de glomeruli.

Scanned with OKEN Scanner

Glomerulonefritele în focar. Se instalează chiar în timpul unei infecţii streptococice, de regulă o amigdalită, o scarlatină, un granulom dentar sau o piodermită (infecţie streptococică a pielii).

Ele se manifestă prin vagi dureri lombare, dar mai ales prin urini colorate, determinate de *hematurie* (sînge în urină). În urină se mai găsesc *albumină* şi *cilindri.* Lipsesc alte semne de suferinţă renală şi de regulă boala încetează o dată cu infecţia.

Prognosticul bolii este bun, glomerulonefrita în focar neafectînd funcţia renală. Există totuşi forme recidivante, în care fiecare episod de boală poate scoate din funcţiune noi nefroni, dînd o suferinţă renală mai extinsă.

Tratamentul constă în repaus, cameră caldă, uscată şi aerisită, tratamentul antibiotic al infecţiei cauzale. Focarul infecţios trebuie asanat (amigdalectomie), în special în formele recidivante.

Glomerulonefritele difuze acute. Apar la 10—20 de zile după o infecţie streptococică, în special din sfera otorinolaringologică (sinuzite, otite, dar mai ales amigdalite). Se mai poate instala după o infecţie streptococică a pielii (piodermită, erizipel), scarlatină, granuloame dentare. Mai des întîlnită la tineri şi în special în anotimpul umed şi rece, boala se instalează în plină sănătate, prin apariţia edemelor la pleoape şi glezne (cu caracterul edemelor renale) dimineaţa la trezire, cu urini reduse de volum, închise la culoare, conţinînd *albumină* şi *cilindrii,* şi cu hipertensiune arterială. Uneori, în formele severe, se găsesc *creşteri ale ureei* în sînge.

Evoluţia bolii durează aproximativ 2—3 săptămîni dacă se urmează tratamentul corect, edemele cedînd deseori din primele zile. Dacă nu se respectă tratamentul pot apărea complicaţii care duc la moarte încă din această etapă. Alteori se produc cronicizări. Vindecarea nu poate fi confirmată decît după dispariţia tuturor semnelor clinice sau de laborator, dar, uneori, în ciuda vindecării, persistă o albuminurie sau o hematurie minimă ani de zile (vindecare „cu defect").

Relativa severitate a bolii justifică luarea tuturor măsurilor de prevenire. Sînt utile din acest punct de vedere măsurile de călire a organismului, tratarea corectă a amigdalitelor, controlul urinii după orice infecţie streptococică şi îndepărtarea din timp a tuturor focarelor streptococice (amigdale, granuloame dentare etc.).

Tratamentul pretinde, ca primă măsură, instalarea bolnavului la pat în cameră caldă, uscată, aerisită. Repausul la pat trebuie prelungit pînă la dispariţia tuturor semnelor. În anumite cazuri este de preferat ca tratamentul să fie făcut în spital. A doua măsură importantă este cea de instituire a dietei. Cel mai bine este ca timp de 2—3 zile, bolnavul să nu primească nici un aliment şi nici chiar apă (cura de foame şi sete). Dacă regimul nu este tolerat se vor admite 200—300 ml apă sau zeamă de fructe. Perioada curei de foame şi sete poate fi prelungită de medic pînă la 5—7 zile. Ea este urmată de o dietă cu fructe, legume, dulciuri, fără sare, apoi făinoase. După aproximativ 2 săptămîni se pot introduce laptele şi derivatele sale şi — dacă evoluţia este bună — după încă 1—2 săptămîni, ouăle şi carnea, menţinîndu-se însă restricţia de sare. Revenirea la o dietă completă trebuie făcută treptat şi numai cu aviz medical. Tratamentul mai presupune antibiotice, vitamine şi calciterapie, iar după liniştirea procesului renal sau dacă

Scanned with OKEN Scanner

acesta persistă, asanarea chirurgicală a focarului infecţios (amigdalectomie).

Glomerulonefritele difuze cronice. Urmează de obicei unei forme acute. Perioada acută poate să fi trecut neobservată de bolnav. Evoluţia lor durează ani de zile, *fără nici un semn clinic* (perioada de latenţă), singurele modificări fiind cele găsite în urină (albuminurie, cilindrurie, hematurie). La un moment dat apar semnele specifice bolii constînd din *edeme de tip renal* sau *hipertensiune arterială*. Mai rareori ambele tulburări se găsesc în acelaşi timp, dar destul de des formele cu edeme se transformă în forme hipertensive şi invers. *Evoluţia* bolii se face în puseuri acute, determinate de obicei de o infecţie rinofaringiană, alternînd cu perioade fără manifestări clinice. După ani sau zeci de ani de evoluţie se pot instala semnele de insuficienţă renală.

Profilaxia cuprinde aceleaşi măsuri ca în cazul formelor acute şi în special tratarea corectă a amigdalitelor.

Tratamentul adresat direct formei cronice vizează evitarea sau dacă s-au instalat — stingerea cît mai rapidă a episoadelor acute prin repaus la pat, dietă săracă în carne şi sare, antibioterapie. Între perioadele de activitate, măsurile vizează evitarea oricărei suprasolicitări renale, evitarea oricărei agresiuni asupra rinichiului şi eventual tratarea edemelor şi a hipertensiunii arteriale. Repausul la pat nu este obligatoriu, ca în cazul formelor sau puseurilor acute. Se evită numai eforturile fizice mari, dar activitatea la birou, şcoală sau mici plimbări se pot permite. Perioada de repaus la pat sau în fotoliu în cursul zilei se măreşte pe măsura avansării bolii. Dieta urmăreşte reducerea strictă a sării, mai ales în prezenţa edemelor şi a hipertensiunii arteriale. Alte restricţii nu se fac decît în cazul intrării bolnavului în stadiul de insuficienţă renală (vezi subcapitolul respectiv). Pentru alcătuirea regimurilor fără sare este bine de ştiut că excluderea alimentelor foarte sărate (conserve, mezeluri, afumături, brînzeturi conservate, murături, peşte de mare, muştar etc.) şi interzicerea adăugării de sare la gătit sau la masă realizează un regim de 3—4 g sare/zi. Excluderea laptelui şi înlocuirea pîinii obişnuite cu pîine fără sare fac ca dieta să nu mai conţină, decît 2 g sare. Pentru a face suportabilă o asemena dietă trebuie căutate forme de pregătire la care lipsa de sare este mai puţin simţită (alimente fripte, prăjite). Se mai pot utiliza diferite condimente şi arome (lămîie, oţet, usturoi, sos de roşii, mărar, pătrunjel, leuştean, scorţişoară, cuişoare etc.) şi — cu avizul medicului — sare fără sodiu.

Glomerulonefrozele

Sînt tot boli ale glomerulilor, în care leziunea interesează însă numai un strat din pertele acestora (membrana bazală).

Cauza glomerulonefrozelor este variată. Cel mai des este vorba tot de o infecţie streptococică. Glomerulonefrozele pure afectează aproape exclusiv copiii.

Tabloul simptomatic este dominat de *edeme* de tip renal, edeme marcate, care pot invada şi cavitatea abdominală şi pleurală, realizînd tabloul edemelor generalizate (anasarcă). Hipertensiunea arterială şi hematuria lipsesc, dar *proteinuria* şi *cilindruria* sînt mult mai importante decît în glomerulonefrite.

Evoluţia este mult mai bună decît a glomerulonefritei cronice, formele pure neevoluînd spre insuficienţă renală, ci spre vindecare.

Tratamentul se bazează pe repaus, dietă cît mai săracă în sare, dar

Scanned with OKEN Scanner

bogată în proteine (lapte și derivate, carne și mai puțin ouă). Antibioticele grăbesc vindecarea. Un beneficiu mare pare a fi adus de hormonii corticosteroizi, care însă nu trebuie indicați decît de medic. Cînd edemele sînt mari, ele pot fi combătute — la avizul medicului — prin medicamente diuretice.

Pielocistitele

Sînt infecții ale căilor urinare interesînd vezica urinară izolat (cistitele) sau concomitent cu bazinetul (pielitele, pielocistitele).

Cauza lor este fie o infecție generală, fie o infecție ascendentă cu punct de plecare genital. Cel mai adesea, ele sînt produse de localizări la acest nivel ale microbilor care se găsesc în condiții normale în intestin, mai ales cînd acesta este iritat (enterocolite). De regulă există o cauză care favorizează fixarea infecției în căile urinare (iritație mecanică prin litiază, stricturi uretrale, congestie a vezicii de natură hormonală — la femei — etc.).

Tabloul simptomatic începe brusc, cu *frisoane, febră* (39—40°), *dureri musculare, dureri lombare* (lipsesc cînd este afectată numai vezica), *polakiurie, disurie, tenesme vezicale, dureri la nivelul vezicii urinare, urini tulburi.* Cînd vezica este puternic congestionată de inflamație poate apărea urina roșie prin *hematurie.* Sumarul de urină găsește *leucocite, mucus,* uneori *hematii,* dar nu albumină și cilindri. Funcția renală este normală. Din urină se pot identifica microbii, determinîndu-se și sensibilitatea lor la antibiotice.

Evoluția bolii este dominată de tendința la recidive, cu instalarea unor tulburări de micțiune cronice și tendința la cointeresare a rinichiului în procesul infecțios, determinînd apariția pielonefritelor (vezi mai jos).

Profilaxia se bazează pe întreținerea unui tranzit intestinal normal, evitarea frigului și umezelii (deseori factor favorizant important) și, în general, evitarea și tratarea oricărei infecții.

Tratamentul cere repaus la pat în perioada febrilă, o dietă care să excludă alimentele „grele", antibiotice după antibiograma microbului cultivat din urină și vitamine.

Pielonefritele

Sînt boli inflamatorii ale rinichilor determinate de localizarea microbilor în rinichi, cel mai des colibacili, alteori streptococi sau piocianici. Interesarea bazinetului nu este constantă, dar poate apărea oricînd în evoluția bolii.

Cauzele sînt cele enumerate în cazul pielocistitelor : septicemii, focare supurate la distanță de rinichi (otite, sinuzite, furuncule) sau deseori tulburări intestinale cu trecerea în circulație a florei banale din intestin. Ceea ce face ca germenii să se fixeze la rinichi este prezența unei cauze generale (diabet, avitaminoze) sau a unei staze urinare (piatră care jenează scurgerea urinii, dilatații ale bazinetului, adenom de prostată, stricturi uretale etc.). Afecțiunile genitale și ale căilor urinare stau deseori la baza pielonefritelor. Sarcina constituie și ea un factor favorizant.

În *formele acute, tabloul clinic* este cel descris la pielocistite. Se adaugă *proteinurie, cilindrurie, creșterea ureei în sînge,* toate semne de cointeresare renală. În *formele cronice,* manifestările de suferință a bazinetului și vezicii urinare (durerile lombare, tulburările de micțiune) nu sînt prezente decît la jumătate din cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

Mai deseori se găsesc semne izolate de suferință renală: *hipertensiune arterială, poliurie, nicturie, alterarea probelor funcționale renale, proteinurie, cilindrurie și prezența de microbi în urină.*

Profilaxia cere îndepărtarea focarelor de infecție și înlăturarea factorilor favorizanți. Dacă în general tratamentul antiinfecțios se efectuează (antibiotice), deseori factorii favorizanți nu sînt tratați, ceea ce face ca vindecarea să fie numai un caracter temporar.

Repausul la pat este obligatoriu în *tratamentul formelor acute* și al *puseurilor acute din cursul formelor cronice.* Dieta (dacă bolnavul nu este în insuficiență renală) se va mărgini la excluderea alimentelor grele, la cruțarea intestinului, dar nu va exclude sarea, care deseori se pierde prin urina acestor bolnavi. Prezența insuficienței renale pretinde măsuri proprii acesteia. Baza tratamentului o constituie antiboticele, administrate conform sensibilității germenului cultivat din urină. În formele cronice pot fi necesare cure repetate lunar, luni și ani de zile. Cum s-a spus, tratamentul este incomplet dacă nu se rezolvă și factorii favorizanți (îndepărtarea chirurgicală a obstacolului pe căile urinare, tratarea diabetului etc.).

Tuberculoza urinară

Apare în general la bolnavii care au avut în trecutul lor o altă localizare cunoscută a tuberculozei, ceea ce orientează diagnosticul. La aproximativ o treime din bolnavi nu se găsește o tuberculoză în antecedente.

Simptomele principale sînt: stare subfebrilă, transpirații, vagi dureri lombare sau colici renale (cînd se angajează un cheag în ureter), uneori *hipertensiune arterială, urini tulburi, hematurie, sindrom cistitic* (urinări dese, dureri la urinat etc.). În urină se găsesc *albumină,* numeroase *leucocite,* numeroase *hematii* și se izolează *bacilul Koch.* Uneori, pentru precizarea diagnosticului sînt necesare examene speciale (urografie, cistoscopie).

Evoluția este condiționată de momentul descoperirii bolii. Cînd aceasta este tardivă se poate instala insuficiența renală atît prin sclerozarea rinichiului, cît și prin obstacolul realizat în scurgerea urinii de stenozele ureterale determinate de tuberculoză. Bineînțeles, evoluția este condiționată și de corectitudinea cu care se urmează tratamentul.

Pentru motivul arătat, *profilaxia* este foarte importantă. Ea constă în tratamentul corect al tuturor localizărilor tuberculoase și în controlul periodic (la 3—6 luni) al urinii. Găsirea unei leucociturii sau a unei hematurii la un vechi bacilar trebuie să declanșeze toate investigațiile pentru precizarea cît mai devreme a diagnosticului.

Tratamentul cere repaus, dietă, măsuri de sanatorizare, calci- și vitaminoterapie, utilizată în oricare din localizările tuberculoase. Antibioterapia, specifică a schimbat mult prognosticul bolii. Ea trebuie aplicată timp de 12—18 luni, perioadă în care bolnavul trebuie dispensarizat și controlat periodic prin examene de laborator. Uneori se cer intervenții chirurgicale asociate.

Litiaza urinară

Reprezintă formarea de „piatră", prin precipitarea sărurilor din urină în căile urinare. Natura chimică a acestora este foarte variată: oxalați, urați, fosfați, carbonați, cistină etc.

Scanned with OKEN Scanner

Cauza precipitării acestor săruri este foarte variată. Uneori este vorba de concentrări exagerate ale urinii pe multă vreme (obiceiul de a bea lichide puţine, lucru în mediu foarte cald). Alteori este vorba de un exces de săruri eliminate prin urină, aduse fie din mediul extern (ape bogate în săruri de calciu, consumarea abuzivă de alimente bogate în oxalaţi, ca spanac, cacao, ciocolată sau în acid uric, ca viscere, icre, ciocolată), fie din organism. Asemenea formări excesive de săruri în interiorul organismului pot apărea în cadrul unor boli metabolice (diabet-oxalaţi, gută-acid uric), al unor boli intestinale (colite, paraziţi intestinali-oxalaţi), al glandei paratiroide (fosfaţi, oxalaţi) sau al oaselor (fosfaţi). Alteori, precipitările sînt favorizate de aciditatea mare a urinii (uraţi) sau de scăderea aciditătii (fosfaţi, carbonaţi). Unii factori locali urinari (infecţia, staza urinară prin diferite obstacole) favorizează şi ea precipitările. În formele fără o cauză precisă există deseori un caracter familial al bolii.

Tabloul clinic al litiazei este *dominat de dureri surde lombare* (cînd piatra este în bazinet), sau *vezicale* (cînd piatra este în vezică) şi de *colici renale tipice* (cînd piatra se angajează în uretere). Colicile sînt în general declanşate de eforturi fizice, mers în vehicule cu trepidaţii (căruţă, motocicletă, tramvai etc.), care mobilizează piatra în uretere şi se însoţesc de *hematurie*. Hematii se pot găsi în urină şi între colici. În formele pure lipsesc alte modificări urinare sau semne de alterare funcţională a rinichiului. Litiaza favorizează însă localizarea infecţiilor la rinichi (pielonefrite), cu consecinţele acestora.

Evoluţia este dominată de colici recidivante, cu eliminări repetate de pietre, dacă cauza de formare a acestora nu este înlăturată. În colică se poate produce o blocare a rinichiului cu anurie prin inhibiţia reflexă a rinichiului opus şi semne de insuficienţă renală acută. Dacă se produce obstrucţia durabilă a rinichiului şi ea nu este rezolvată în 6 săptămîni se poate produce distrugerea rinichiului cu desfiinţarea lui funcţională. Asocierea infecţiilor poate avea aceleaşi consecinţe.

Profilaxia constă în înlăturarea tuturor cauzelor capabile să genereze formarea de pietre urinare. Ca măsură nespecifică se recomandă consumarea unor cantităţi suficiente de lichide (în aşa fel ca să se urineze 1 500 ml/zi, pentru a se împiedica precipitarea sărurilor sub formă de cristale, într-o urină prea concentrată), precum şi evitarea abuzurilor de alimente bogate în oxalaţi şi acid uric.

Tratamentul propriu-zis se adresează colicii (cere prezenţa medicului care dictează antispastice, eventual morfină) sau prevenirii precipitărilor după eliminarea pietrei (tratarea cauzelor, cure de lichide, ape minerale capabile să schimbe aciditatea urinară în sensul dorit — propriu fiecărui tip de piatră —, dietă, folosirea de alcaline — litiază urică — sau de acidifiante — litiază fosfatică, carbonatică). Cînd piatra nu este eliminată se iau măsuri pentru evacuarea ei spontană (combinare de diureză forţată cu antispastice) sau se trece la extragerea ei chirurgicală.

Insuficienţa renală

Reprezintă tulburarea funcţiilor rinichiului, determinată de orice boală renală capabilă a produce o scleroză extinsă a rinichiului (obstacole, infecţii, glomerulonefrite, leziuni ale vaselor renale etc.). Este marcată de apariţia alterării constantelor fizico-chimice ale sîngelui care depind de

Scanned with OKEN Scanner

funcţia renală şi se manifestă prin *semnele clinice* foarte variate descrise mai sus (subcapitolul „Semne generale"). După severitatea sclerozei şi alterării funcţionale se disting mai multe stadii de insuficienţă renală, care cer atitudini terapeutice diferite.

Profilaxia insuficienţei renale presupune tratamentul corect al tuturor bolilor care o pot produce şi evitarea oricărei agresiuni suplimentare asupra rinichiului (subcapitolul „Cauze generale").

Tratamentul obligă la restrîngerea progresivă a eforturilor fizice şi prelungirea treptată a repausului la pat, pe măsura avansării insuficienţei renale. Dieta trebuie să asigure cantităţi relativ mari de lichide, pentru a întreţine poliuria, cu ajutorul căreia rinichiul insuficient, incapabil să concentreze urina, reuşeşte totuşi să elimine diferitele substanţe. Cînd ureea începe să crească trebuie restrîns aportul de alimente proteice (carne, lapte şi derivate, ouă), restricţie care trebuie stabilită pentru fiecare bolnav în parte şi adaptată diferitelor stadii de insuficienţă renală în care se găseşte. Oricum trebuie ştiut că întreruperea completă a aportului proteic nu se recomandă în nici un stadiu al insuficienţei renale şi că, chiar în stadiile foarte avansate, este necesar un aport proteic de 20—25 g/zi. Pentru realizarea dietei sărace în proteine se vor utiliza tabele care arată cantităţile din diferite alimente care conţin 5 g de proteine, cel care alcătuieşte dieta, avînd astfel posibilităţi mai largi de variaţie a acesteia. Alături de aceste tabele se vor folosi liste cu alimente care, avînd un conţinut proteic foarte mare, trebuie evitate şi liste cu alimentele care nu conţin practic de loc proteine, astfel că pot fi utilizate în orice cantităţi. În acest din urmă grup intră aproape toate fructele şi legumele (cu excepţia celor uscate), dulciurile concentrate şi grăsimile. O greşeală de evitat este ca bolnavii cu insuficienţă renală să ţină un regim strict fără sare, ştiut fiind că în insuficienţa renală se pierde sare prin urină şi că lipsa sării din organism alterează şi mai mult funcţia renală. În afara unor condiţii speciale (edeme, hipertensiune arterială, insuficienţă cardiacă), regimul trebuie să conţină cantităţi de sare ce vor fi fixate de medic, deseori apropiate de cele normale. Important este de asemenea evitarea diferitelor boli infecţioase a „răcelilor" care au totdeauna evoluţie mai severă la bolnavii cu insuficienţă renală şi care determină agravări. De aceea, ele trebuie prompt tratate. În sfîrşit, trebuie evitată sarcina — şi cînd este posibil — intervenţiile chirurgicale, care agravează şi ele insuficienţa renală. Tratamente diferite pot fi impuse de diferite simptome, iar ca tratament de perspectivă se întrevede rezolvarea sclerozei renale prin transplante de rinichi, care nu au pînă în prezent decît valoare de metodă experimentală. Soluţii aparte au *insuficienţele renale acute* (anurie instalată acut la o persoană anterior sănătoasă). Bolnavul trebuie internat obligatoriu şi de urgenţă în spital. În aceste cazuri, rinichiul artificial permite cel mai deseori vindecarea.

Prevenirea bolilor aparatului urinar

Noţiunile prezentate mai sus schiţează şi măsurile generale care trebuie respectate pentru prevenirea bolilor aparatului urinar.

Călirea organismului, prin sport raţional, viaţa în aer liber, regimul alimentar echilibrat, vitaminizarea, consolidînd rezistenţa organismului

13—c. 184

Scanned with OKEN Scanner

la infecţii, reduce frecvenţa acestora (inclusiv a tuberculozei) şi implicit a consecinţelor lor asupra aparatului urinar. Evitarea suprasolicitărilor renale (regimuri excesiv de încărcate proteic sau în sare, aportul redus de lichide), face să sporească rezistenţa rinichiului la diferite agresiuni. Înlăturarea sau tratarea focarelor infecţioase (amigdalite, adenoidite, otite, apendicite, colecistite, infecţii ale aparatului genital, granuloame dentare, tuberculoză extrarenală), tratarea suferinţelor intestinale cronice (parazitoze, enterocolite), tratamentul corect al bolilor de nutriţie (gută, diabet), evitarea mediilor toxice (Pb, uraniu, raze Röntgen), prin măsuri adecvate de protecţia muncii, evitarea abuzului de medicamente şi în special de antinevralgice, deseori folosite nejustificat, constituie tot atîtea măsuri capabile să prevină îmbolnăvirea aparatului urinar.

Ca o măsură utilă trebuie menţionat controlul periodic al urinii, în special la bolnavii cu tuberculoză extrarenală în antecedente, la „intestinali" cronici sau după amigdalite acute. Fără a constitui o măsură de prevenire propriu-zisă, acest control înlesneşte depistarea precoce a bolilor aparatului urinar şi implicit asigură un tratament eficace.

Reguli de igienă pentru bolnavii suferind de boli ale aparatului urinar

Principala obligaţie care revine bolnavului este să respecte întocmai prescripţiile medicale, să păstreze legătura cu medicul, să se prezinte la controalele periodice sau de îndată ce apar modificări ale suferinţei clinice (fie de origine urinară, fie prin îmbolnăvirea altor aparate). Toate măsurile privind asanarea focarelor de infecţie, tratarea infecţiilor intercurente, evitarea mediului toxic, interzicerea medicamentelor toxice renale, arătate mai sus, trebuie de asemenea puse în aplicare. Păstrarea unui tranzit intestinal normal este strict necesară în toate bolile aparatului urinar. Utilizarea laxativelor trebuie să fie raţională, constipaţia rezolvîndu-se de preferinţă prin dietă. Igiena intimă trebuie respectată. Ca regulă se va evita vecinătatea bolnavilor contagioşi sau pur şi simplu „răciţi". Sarcina este în principiu interzisă, eforturile fizice mari trebuie evitate, decizia unei intervenţii chirurgicale trebuie luată de chirurg, în consult cu internistul. Vaccinările se fac numai cu avizul medicului. Tot ca regulă generală, bolnavul nu trebuie să ia nici un medicament din proprie iniţiativă. Medicul poate hotărî dacă administrarea unui medicament nu este periculoasă pentru bolnav şi fixează dozele. Ţinînd seama de toate aceste directive generale, bolnavii suferind de o boală a aparatului urinar, chiar cronică, pot duce o îndelungată viaţă activă, cvasinormală, utilă societăţii şi familiei, fără simptome supărătoare. Vindecări complete, chiar ale bolilor cronice, sînt astăzi binecunoscute.

Scanned with OKEN Scanner

10

Aparatul locomotor

Scheletul osos 195
Mușchii 195
Articulațiile 196
● Bolile reumatismale 198
Reumatismul inflamator 198
Reumatismul poliarticular acut . 198
Reumatismul infecțios 198
Poliartritele reumatoide 199
Spondilita anchilozantă 201
Reumatismul degenerativ 202
Gonartroza 202
Coxartroza 203
Spondilozele 203
Reumatismul părților moi 204
Miozitele 204
Periartrita scapulo-humerală . 205
Profilaxia bolilor reumatismale . 206
● Sindroamele segmentare cele mai frecvente 207
Spondiloza cervicală 208
Umărul dureros 208
Spondiloza lombară și lumbago 208
Șoldul dureros 209
Piciorul dureros 209

Aparatul locomotor este constituit dintr-un grup de organe și țesuturi care — prin diferite mecanisme — asigură omului posibilitatea de a se mișca și de a-și păstra poziția dorită. Acest aparat este perfect adaptat funcției de locomoție, dar unele organe mai au și alte funcții. De exemplu, scheletul osos constituie rezervorul de calciu al organismului, iar musculatura are și un important rol în metabolism.

Scheletul osos

Oasele se împart în trei mari tipuri: lungi, scurte și plate. Ele sînt constituite dintr-o tăblie externă, compactă, înăuntrul căreia se găsește osul spongios. Spațiul din centrul osului este ocupat de măduvă, care la unele oase are un rol important în hematopoieză (formarea globulelor sîngelui). Țesutul osos este impregnat cu săruri, între care predomină cele de calciu și fosfor. Tulburările osificării, demineralizările osoase, fracturile și alte îmbolnăviri ale oaselor duc la aspecte patologice, ca rahitismul, osteoporoza, osteomalacia.

Mușchii

Pe lîngă rolul de a mobiliza organismul și de a asigura mobilitatea unor organe, mușchii îl mai au și pe acela de a fixa forma schletului osos, pe care ei se inserează cu ajutorul

Scanned with OKEN Scanner

tendoanelor, formaţiuni fibro-elastice puţin extensibile. Muşchii scheletici mai sînt denumiţi locomotori sau — după caracterul lor structural — striaţi. Printre proprietăţile generale ale ţesutului muscular, ţesut elastic prin excelenţă, notăm faptul că el are posibilitatea de a răspunde la acţiunea unui excitant, prin dezvoltarea unui proces activ, apt de a produce un lucru mecanic. Mobilizarea oaselor se face prin tracţiunea pe care muşchiul în contracţie, deci scurtat, o exercită — prin tendoanele care îl prelungesc — asupra zonelor pe care ele se inserează. Segmentele osoase se apropie, provocînd astfel o lunecare a suprafeţelor articulare dintre oasele puse în mişcare. După planurile în care se produce mişcarea vom putea recunoaşte mişcări ale segmentelor respective, ca flexiunea, extensiunea, rotaţia, abducţia, adducţia. Desigur, unele mişcări sînt complexe şi cuprind, din cauză că interesează mai mulţi muşchi simultan, două sau chiar trei din aceste mişcări simple, în acelaşi timp. În general se vorbeşte de muşchi agonişti, care acţionează în acelaşi sens de mişcare, şi antagonişti, care se opun mişcării agoniştilor sau care pot executa aceeaşi mişcare ca şi agoniştii, însă în sens invers. Mişcarea nu este posibilă dacă unii muşchi sau unele grupuri musculare sînt inapte de funcţiune, cum este cazul în paralizii. De asemenea, ea nu se poate face decît în condiţiile în care articulaţia dintre segmentele osoase este integră din punct de vedere anatomic şi funcţional.

Articulaţiile

Sînt formate dintr-un ţesut cartilaginos, care acoperă substanţa osoasă, şi dintr-o membrană, care căptuşeşte pe dinăuntru această articulaţie şi poartă numele de sinovială. Spaţiul delimitat de membrana sinovială în interiorul ei este denumit cavitate articulară. Articulaţiile care nu au

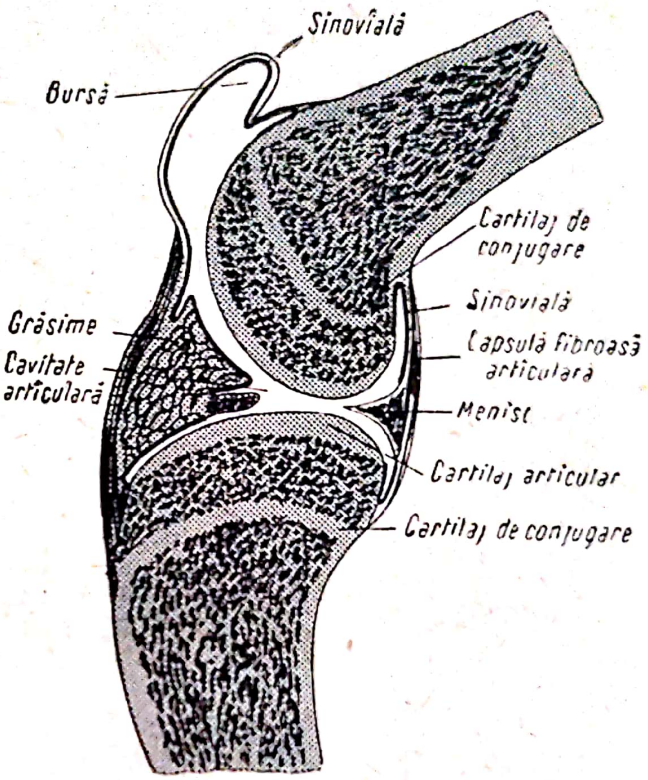


Fig. 60. — Schema unei articulaţii.

cavităţi nu au nici sinovială. În cavitatea articulară se află lichidul sinovial, care este compus din apă, materii proteice, mucină, săruri — în special clorură de sodiu — puţine zaharuri şi grăsimi. El are o reacţie foarte slab alcalină, care se modifică, tinzînd spre aciditate, în cazuri de îmbolnăvire. Rolul lichidului siovial este de a lubrefia şi a nutri cartilajul articular ; el are o vîscozitate destul de mare, dar variabilă, permiţînd lunecarea uşoară a suprafeţelor articulare.

Extremităţile osoase ale articulaţiei mai sînt legate şi printr-o membrană rezistentă la presiuni, denumită capsulă, care înconjură ca un manşon articulaţia, precum şi prin ligamente fibroase, care întăresc în exterior

această capsulă. În afara formațiunilor descrise mai există și burse seroase, adevărate pungi, conținînd un lichid vîscos și care se interpun — obișnuit — între mușchi și suprafețele osoase, dure, ușurînd astfel lunecarea

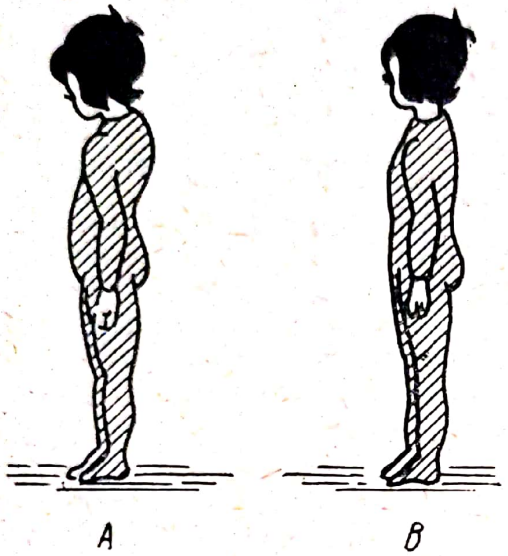


Fig. 61. — Stai drept !

A — cifoza adevărată persistă ; B — a fost numai o atitudine vicioasă a copilului.

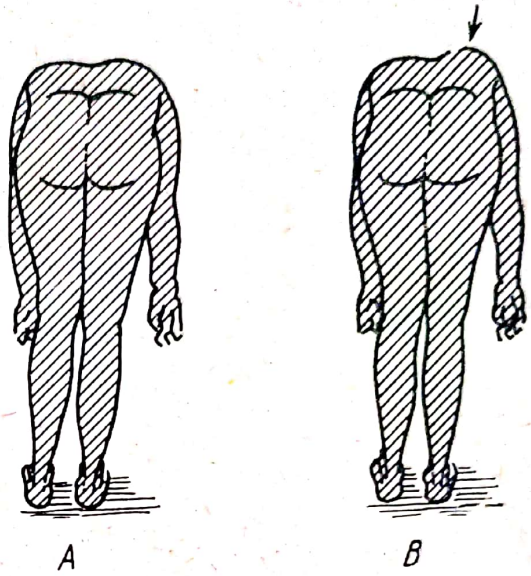


Fig. 62. — Apleacă-te înainte !

A — a fost numai o atitudine vicioasă a copilului ; B — este o scolioză adevărată

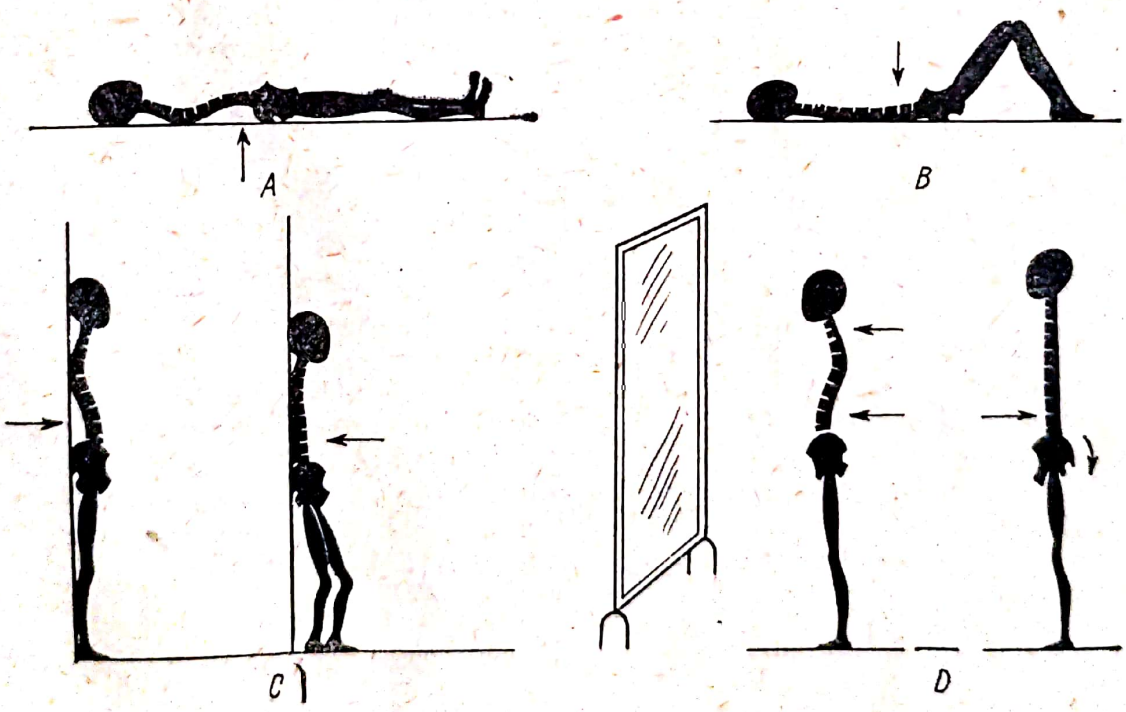


Fig. 63. — Reeducarea ținutei în curburile accentuate ale coloanei vertebrale : A — culcat pe spate, poziție defectuoasă care accentuează curbura lombară ; B — poziție corectată care reduce curbura ; C. — corectarea ținutei cu ajutorul unui perete ; D — corectarea ținutei în fața oglinzii.

Scanned with OKEN Scanner

mușchilor în timpul activității lor, deci și funcția motorie. Inflamațiile și traumatismele acestor burse creează stări patologice ale regiunilor respective, făcînd dificilă mișcarea în articulația respectivă sau apropiată.

Bolile reumatismale

Noțiunea de reumatism este foarte răspîndită și cuprinde un număr mare de afecțiuni variate ca simptomatologie, evoluție și tratament. Denumirea își are originea în cuvîntul grecesc *rheo*, care înseamnă curgere, fluxiune, deci exprimă o singură caracteristică, de altfel inaparentă în multe din formele acestei boli.

În acest capitol de patologie intră o serie de afecțiuni localizate la aparatul locomotor, caracterizate prin dureri de un anumit fel (apăsătoare, sfîșietoare, de rupere), care se agravează la frig și umezeală și la care perioadele bune — fără dureri — alternează cu perioade de suferințe, mai mult sau mai puțin intense.

Din punct de vedere istoric, boala este cunoscută din antichitate. Hippocrate (secolul al V-lea î.e.n.) vorbea de artrită. Numele de *reumatism* i l-a dat Gallenus (131—210 e.n.). Abia mai recent (secolul al XVI-lea), Baillou descrie mai corect acest grup de afecțiuni, dar lasă încă între bolile reumatismale guta și ftizia.

Astăzi considerăm că reumatismul cuprinde un număr de boli ale aparatului locomotor, care se caracterizează prin dureri ale formațiunilor anatomice ale acestui aparat și prin lipsa de tendință la supurație.

Clasificarea bolilor reumatismale a creat destule dificultăți medicinei, deoarece nu există un criteriu unic, în jurul căruia să se poată face ordine, în varietatea nesfîrșită a formelor acestor boli.

Actualmente, aceste boli sînt grupate — în general — în trei categorii și anume : 1) formele inflamatoare ; 2) formele degenerative ; 3) reumatismul părților moi. În această ordine, pe care o vom folosi și noi, vom face expunerea care urmează.

Reumatismul inflamator

Dintre suferințele articulare, grupul formelor inflamatorii ale reumatismului se distinge prin varietatea aspectelor, prin gravitatea simptomatologiei și evoluției sale și prin multitudinea metodelor terapeutice care sînt utilizate în combaterea lui. Aceste forme de reumatism se caracterizează prin prezența semnelor de inflamație *locală* (roșeață, durere și tumefacție) și *generală* (febră, viteză de sedimentare a globulelor roșii crescută, leucocitoză).

Cele mai frecvente forme inflamatorii sînt următoarele : a) *reumatismul poliarticular acut* ; b) *reumatismul infecțios ;* c) *poliartrita reumatoidă ;* d) *spondilita anchilozantă.*

Reumatismul poliarticular acut

Denumit și reumatismul cardioarticular, a fost descris la sistemul circulator, datorită gravității leziunilor inimii pe care le produce. Ținem să adăugăm că la 8—12 luni după dispariția crizei de reumatism, dacă semnele generale o permit, se poate face — sub control permanent — o cură balneară cu ape sărate (Eforie), oligominerale (Victoria), sulfuroase (Călimănești).

Reumatismul infecțios

Grupează un număr de stări patologice articulare, care au drept caracter comun o reacție inflamatoare datorită unui agent infecțios cunoscut sau necunoscut. Reumatismul nu

Scanned with OKEN Scanner

are tendinţă la supuraţie, astfel încît trebuie făcută distincţie între el şi artrita microbiană propriu-zisă, în care găsim agentul cauzal şi tendinţa la supuraţie intraarticulară. De asemenea, *reumatismul alergic* (prin medicamente, seruri etc.), deşi este tot inflamator, nu poate fi considerat ca infecţios. *Reumatismul de focar,* avînd drept cauză existenţa unei infecţii de focar şi drept mecanism o reacţie alergico-hiperergică, se încadrează în acest capitol. Dintre reumatismele infecţioase, mai cunoscute sînt cele care se datoresc streptococului (reumatismul postanginos, postscarlatinos), gonococului, bacilului dizenteric, melitocociei. Reumatismul infecţios se localizează obişnuit la una sau la foarte puţine articulaţii, deosebindu-se astfel de reumatismul poliarticular acut. Artrita infecţioasă este destul de rebelă la tratament şi nu răspunde la medicaţia cu salicilaţi. Tratamentul este corelat cu agentul cauzal (asanare, antibioterapie) ; este utilă şi medicaţia obişnuită generală (piramidon) şi locală (infiltraţii, pomezi cu salicilat de metil). După ce procesul de reumatism infecţios este stins, articulaţia respectivă mai trebuie atent tratată, pentru a se îndepărta urmările inflamaţiei şi a se recupera funcţia normală. Se prescriu masaj şi gimnastică medicală, proceduri de hidroterapie şi termoterapie (împachetări cu parafină sau nămol, băi de lumină, solux), de electroterapie (curenţi galvanici, unde ultrascurte). În faza aceasta, bolnavul poate face un tratament balnear într-o staţiune cu ape sulfuroase (Govora, Herculane), sărate (Sovata), termale (Victoria, 1 Mai) sau de nămol (Eforie, Amara).

Poliartritele reumatoide

Cuprind un grup mare de afecţiuni, caracterizate prin gravitate, evoluţie progresivă şi tendinţă la prinderea simetrică a articulaţiilor, de la cele ale extremităţilor spre cele de la rădăcina membrelor. Ele mai sînt cunoscute şi sub numele de *poliartrite cronice evolutive (P.C.E.), reumatism cronic progresiv simetric şi reumatism cronic primar.*

Forma cea mai obişnuită este aceea care apare la femei în perioada menopauzei. Boala debutează frecvent prin prinderea simetrică a articulaţiilor mici, în special de la mîini, cu redoare articulară matinală, modificări radiologice, febră, anemie. Fenomenele inflamatoare progresează ; la fiecare puseu se prind noi articulaţii. Starea generală continuă să se agraveze, apar deformaţii caracteristice, în special la mîini, dar şi la celelalte articulaţii afectate. Boala evoluează timp îndelungat, creînd adevărate şi grave infirmităţi. Pentru precizarea diagnosticului poliartritei reumatoide sînt necesare atît examenul clinic, cît şi diferite analize : examenul radiologic, viteza de sedimentare, formula leucocitară, electroforeza serului sanguin. În ultimul timp s-au introdus şi o serie de probe de aglutinare (reacţiile Waaler-Rose, Latex), care arată prezenţa, în serul sanguin al acestor bolnavi, a unor factori „reumatoizi". Aceste reacţii ar pune în evidenţă anumite stări patologice de hiperimunizare (boală de autoagresiune).

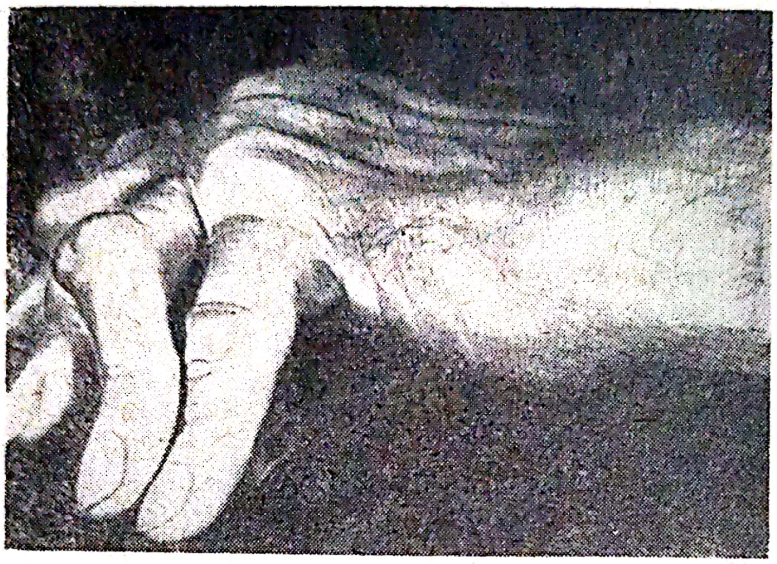
În scopul unui diagnostic şi tratament cît mai precoce au fost recomandate în 1958, de către Asociaţia americană de reumatism (A.R.A.), unele criterii a căror prezenţă pot stabili existenţa poliartritei reumatoide : redoare articulară matinală, tumefacţie periarticulară, prinderea simetrică a articulaţiilor metacarpofalangiene, durere la mobilizarea a cel puţin unei articulaţii, existenţa unor noduli subcutanaţi, modificări

Scanned with OKEN Scanner

sinoviale, leziuni radiologice caracteristice, probe serologice pozitive.

Evoluţia poliartritei reumatoide a putut fi împărţită în 3 perioade şi anume : 1) faza de debut ; 2) faza de stare ; 3) faza terminală, cu denutriţie generală, deformaţii importante, infirmitate corespunzătoare.

Tratamentul bolii se face în raport cu faza de evoluţie, simptomatologia respectivă, starea generală a bolnavului. În afară de gama obişnuită folosită în afecţiunile reumatismale, unele metode terapeutice au dat oarecare rezultate şi anume : corticoterapia, auroterapia şi antipaludicele de sinteză. Se mai recomandă unele tratamente ortopedice, care pot corecta deficienţele cauzate de deformaţiile existente. Deşi fizioterapia este excitantă, ea poate să dea bune rezultate. În faza de debut se recomandă ionizări galvanice cu novocaină şi cu calciu, raze ultraviolete, Solux. Într-o



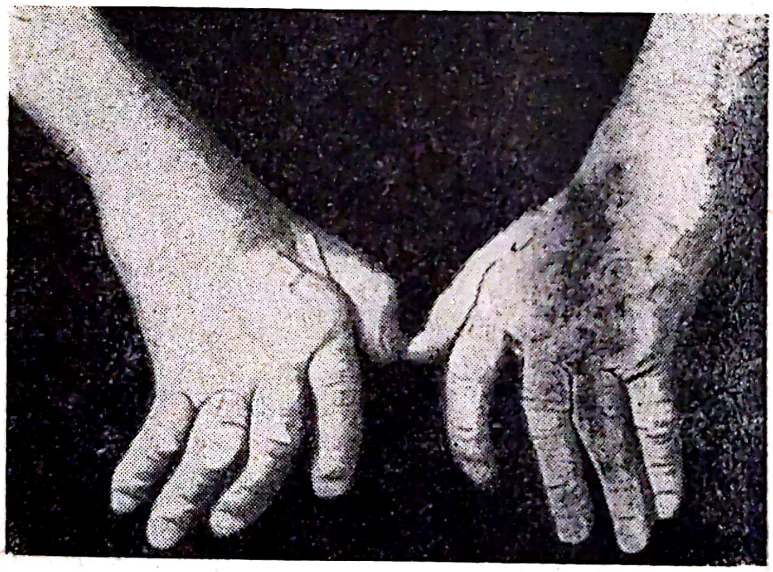


Fig. 64. — Poziţia în baionetă a articulaţiei mîinii şi deviaţia cubitală în poliartrita cronică reumatoidă. Degetele sînt puternic deviate spre marginea cubitală.

fază mai avansată — faza exsudativă — se vor putea adăuga și cîmpuri electromagnetice de joasă frecvență, iar dacă leziunile au intrat în faza exsudativ-proliferativă sau proliferativă se vor putea prescrie și proceduri generale mai intense, împachetări cu parafină, cu nămol, băi de lumină, ultrascurte, microunde, ultrasunete, apoi — obligatoriu — kinetoterapie, masaj, gimnastică medicală. În raport cu starea bolnavului se recomandă tratament balnear în stațiunile Victoria sau 1 Mai, Herculane, Sovata, Călimănești, Govora. Readaptarea bolnavului se face la început prin mișcări simple și mai tîrziu printr-o pregătire profesională adaptată posibilităților sale fizice. În unele cazuri este bine să se insiste pentru revenirea la profesiunea anterioară dacă ea nu cere o activitate fizică prea mare, deoarece prin existența reflexelor vechi se evită eforturile pentru deprinderea mișcărilor noi.

Spondilita anchilozantă

Este o altă formă de îmbolnăvire reumatismală gravă, cu inflamarea mai ales a articulațiilor dintre vertebre. Boala mai este cunoscută sub numele de *spondilartrita anchilopoietică, boala Bechterew, boala Pierre Marie-Strümpell.* Ea se caracterizează printr-o mare frecvență la bărbații tineri și printr-o evoluție îndelungată și progresivă. La originea acestei boli stau infecții diverse (mai ales cele uro-genitale), frigul și umiditatea, traumatismele, cauze ereditare. Evoluția parcurge 3 etape : 1) faza precoce, de debut ; 2) perioada de stare ; 3) perioada terminală.

La început bolnavii se plîng de dureri, mai ales nocturne, în coloana vertebrală lombară sau dorsală, nevralgii intercostale, nevralgii ale sciaticului, apoi o serie de simptome generale (subfebrilitate, oboseală, irascibilitate, scădere în greutate). Un semn de mare valoare în această perioadă este inflamația articulației sacro-iliace (se constată la radiografia

Fig. 65. — Coloana vertebrală lombară în spondilita anchilozantă. Imagine tipică în „băț de bambus" (radiografie).

regiunii respective). În perioada următoare, simptomele se agravează, sînt prinse și articulațiile costo-vertebrale (reducîndu-se astfel expansiunea toracică), se osifică benzile ligamentare ale coloanei vertebrale și în special ligamentul longitudinal anterior, făcînd să apară formațiunile cunoscute sub numele de sindesmofiți (punți osoase). La examenul radiologic, coloana vertebrală apare ca un „băț de bambus", devenind rigidă. În această perioadă pot apărea inflamații oculare (irită, uveită) și se pot prinde articulațiile mari de la rădăcina mem-

brelor. Boala progresează în puseuri. În perioadele evolutive se poate constata o creștere a vitezei de sedimentare, dar semnele serologice din reumatismul poliarticular acut (ASLO) sau din poliartrita reumatoidă (Latex) sînt obișnuit negative. Spondilita anchilozantă poate fi confundată, mai ales în faza de debut, cu tuberculoza vertebrală (morbul Pott), discopatiile, suferințe ale rădăcinilor nervoase spinale (nevralgii intercostale, ale sciaticului), apoi cu unele forme anchilozante ale reumatismului degenerativ (spondiloza hiperostozantă).

Tratamentul spondilitei anchilozante nu trebuie neglijat, mai ales în faza de început, și trebuie urmat cu perseverență. În fazele mai avansate ale bolii se recomandă, cu scopul de a se corecta unele deformații și tulburările funcției respiratorii, exercițiile fizice, gimnastica medicală și chiar unele jocuri sportive. Dau bune rezultate și unele proceduri hidrotermoterapice în raport cu perioada de evoluție, apoi electroterapia (curenți galvanici, înaltă frecvență, ultrasunete). Climatul potrivit pentru un asemenea bolnav este cel uscat și însorit, cu vînturi slabe, fără mari variații —diurne și sezoniere — ale temperaturii și presiunii atmosferice.

Pot fi făcute, în faza de liniște, băi sărate sau de nămol (Eforie, Sovata), sulfuroase (Herculane, Govora), dar mai ales acratotermale (Victoria, 1 Mai).

Reumatismul degenerativ

Formele degenerative, cunoscute încă și sub numele de *artroze*, se caracterizează prin procese de degenerescență a formațiunilor care constituie articulația, începînd cu modificările cartilajului articular și terminînd cu reacții proliferative osoase și sinoviale.

Reumatismele degenerative au cauze multiple și — deoarece apar mai ales după 40 de ani — sînt considerate îndeosebi de origine metabolică și endocriniană (apar în obezitate, diabet, tulburări de secreție ovariană). Un rol predominant joacă și factorul mecanic (traumatisme, condiții statice defectuoase ducînd la uzură cartilaginoasă), precum și factorul circulator (tulburări vasomotorii, varice, flebite). Nu trebuie neglijat nici rolul factorilor nervoși, al îmbătrînirii generale tisulare, precum și cel al factorului ereditar.

Localizările mai frecvente sînt la genunchi (gonartroza), la șold (coxartroza) și la șira spinării (spondiloza).

Gonartroza

Este mai frecventă la femeie (70—80% din cazuri), apare în general după vîrsta de 40 de ani și se localizează de obicei la ambii genunchi. Dezvoltată pe bază endocrină (menopauza), sau metabolică (obezitate, gută, diabet), ea apare în urma unor condiții mecanice defectuoase (traumatisme, tulburări statice) sau a unor tulburări vasculare.

Durerile nu sînt violente, dar au un caracter foarte persistent, cu agravare la mers și ameliorare în repaus. Uneori se produce un blocaj total al articulației genunchiului, ceea ce indică și posibilitatea existenței unui revărsat lichid intraarticular (hidartroză). În formele uscate chiar bolnavul poate constata — la mișcare — apariția unor cracmente. Examenul radiologic pune în evidență îngustarea articulației, condensări marginale, osteofiți, deformații, osteoporoze (rarefieri osoase) și chiar corpi liberi în articulație („șoareci" articulari), care provin din ruperea unor osteofiți sau a unor calcificări de franjuri sinoviale.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul bolii constă în primul rînd în repaus. Se administrează medicamente calmante (piramidon, aspirină), unguente, se introduc în articulația bolnavă substanțe de tip novocaină sau hidrocortizon. Nu se omite — cînd este cazul — tratarea osteoporozei. Importante rămîn

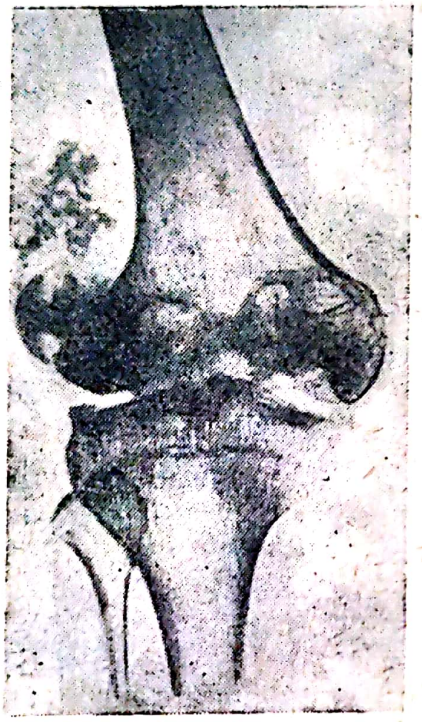


Fig. 66. — Artroză deformantă a articulației genunchiului (radiografie).

tratamentul balneo-fizical și cultura fizică medicală. Se folosesc și proceduri de hidro- și termoterapie (comprese, duș-masaj, duș subacval, împachetări cu parafină sau nămol), electroterapie (curenți galvanici, diadinamici, ultrasunete, înaltă frecvență), tratament în stațiuni balneare cu ape sărate, sulfuroase sau cu nămol (Sovata, Herculane, Eforie), gimnastică medicală însoțită de mecanoterapie.

Coxartroza

Este mai frecventă la vîrste mai înaintate, debutînd obișnuit după 40 de ani. Printre cauzele acestei afecțiuni — realmente invalidizante — se găsesc în primul rînd o serie de condiții predispozante locale (malformațiile șoldului, subluxațiile, *coxa plana,* sechelele după traumatisme). Ținînd seama de rolul acestei articulații (mers, stațiunea în picioare) rezultă că suferințele progresează pe măsură ce articulația este tot mai solicitată (obezitate, purtarea de obiecte grele, stațiunea prelungită în picioare). Simptomele de început sînt durerea, care apare la mers, și jena funcțională, în special la încălțare, urmate destul de repede de șchiopătare. Rotația șoldului și mișcarea de ducere în afară a coapsei sînt limitate sau dificile. Cu timpul, durerea se intensifică, mersul este din ce în ce mai dificil, pînă ce se ajunge la impotență funcțională.

Tratamentul coxartrozei constă în repaus și menajarea articulațiilor. Bolnavii pot beneficia de aspirină, vitamină D, calciu, iod, sulf, infiltrații cu novocaină, hidrocortizon. Fizioterapia cea mai utilă constă în aplicarea înaltei frecvențe (ultrascurte, microunde), a ultrasunetelor, fototerapiei (băi de lumină, Solux), eventual radioterapie, care dă rezultate bune. De asemenea pot fi de folos împachetările cu parafină, nămol și băile de nisip. Stațiunile indicate pentru cura suferinzilor de coxartroză sînt acelea cu ape termale sulfuroase (Herculane) sau oligometalice (Victoria).

Tratamentul ortopedic și chirurgical are indicații în cazurile mai avansate, în special acolo unde se semnalează o impotență funcțională progresivă.

Spondilozele

Această grupă cuprinde reumatismele degenerative ale coloanei ver-

Scanned with OKEN Scanner

tebrale, care vor fi denumite, după segmentul afectat, cervicală, dorsală sau lombară. Afecțiunea survine mai ales după vîrsta de 40 de ani și predomină la bărbați. Caracteristica ei

Fig. 67. — Spondiloză cervicală. Imagine radiologică din profil. Coloana vertebrală cervicală aproape verticală (rectilinie). Se văd ciocuri osteofitice (ciocuri de papagal) anterioare. Spațiul dintre vertebrele 6 și 7 foarte îngustat (discopatie).

este modificarea anatomică a vertebrelor, cu apariția unor excrescențe osoase denumite osteofiți, care au forma unor ciocuri de papagal. Cauzele suferințelor în spondiloză nu trebuie însă puse pe seama acestor osteofiți, care pot fi foarte bine suportați toată viața. Suferințele apar abia atunci cînd boala provoacă tulburări sau reduceri ale funcției vreunei porțiuni a coloanei vertebrale.

În general, durerile iradiază — după sediu — pe traiectul nervilor radiculari, care ies din măduva spinării. La coloana cervicală, durerile vor iradia spre umeri și membrul superior, la torace, durerile pot lua forma nevralgiilor intercostale, iar la lombe pe cea a nevralgiilor lombare, sacrate și mai ales sciatice. Cunoscînd aria dureroasă și sensul ei vom putea recunoaște astfel și locul de origine a suferinței la nivelul coloanei vertebrale. Spondilozele se recunosc mai ales pe baza simptomatologiei dureroase și a examenului radiologic. Examenele de laborator sînt mai puțin utile. Este totuși necesar să se cerceteze viteza de sedimentare, pentru a se putea exclude eventualele elemente inflamatoare, apoi alte examene de laborator, pentru a putea determina existența unor stări concomitente (ca diabetul, uricemia) sau a unor stări infecțioase ca tuberculoza și luesul. Mai trebuie făcută diferența — mai ales la bărbații mai tineri — cu spondilitele, care au un caracter inflamator grav.

Reumatismul părților moi

Grupa afecțiunilor cunoscute sub numele de *reumalgii* sau de *fibrozite* se caracterizează prin faptul că se localizează la organe care nu au în constituția lor cartilaj sau os și care sînt obișnuit situate în afara articulațiilor, în jurul sau în apropierea lor. Țesuturile afectate sînt mușchii și tendoanele lor, bursele seroase, capsulele și aponevrozele, nervii periferici.

Printre cele mai frecvente afecțiuni din acest grup cităm : mialgiile și miozitele, periartrita scapulo-humerală, lombosciatica, brahialgia, tendinita și tenosinovita.

Miozitele

Sînt inflamații ale mușchilor, caracterizate prin dureri violente care

Scanned with OKEN Scanner

apar atunci cînd, în scopul mobilizării unui segment, mușchiul afectat este pus în stare de tensiune. Miozitele pot fi și de altă natură decît reumatismală, cum sînt cele cauzate de infecții virotice sau bacteriene, de intoxicații diverse sau de suprasolicitare.

Mialgiile sînt forme mai ușoare de suferință a unor mușchi și au ca simptom durerea provocată sau spontană. Ele sînt frecvent întîlnite concomitent cu afectări ale articulațiilor.

În aceste forme de boală se întîlnesc adesea în mușchi niște formațiuni nodulare, care pot deveni foarte dureroase. Ele poartă numele de *miogeloze* și pot fi făcute să dispară prin masaj.

O formă deosebită a acestei afecțiuni o constituie *miozita osificantă*, în care în musculatura afectată apare țesut osos, care împiedică parțial sau total funcția motorie a mușchiului sau a grupului muscular atins.

Periartrita scapulo-humerală

Localizată în jurul articulației umărului, afectează tendoane și burse situate în această zonă și se caracterizează prin dureri la mișcare (umăr dureros) sau printr-o imobilizare (umăr blocat). Cel mai adesea, aceste două faze se succed.

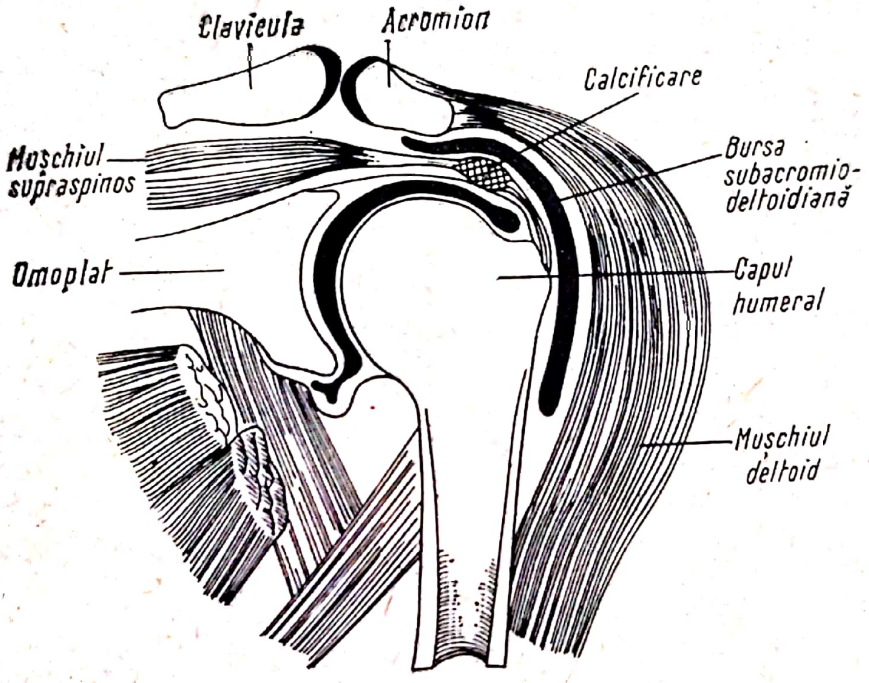


Fig. 68. — Umărul și suprafețele sale de lunecare. În tendonul mușchiului supraspinos se vede un focar de necroză calcificat.

Tratamentul trebuie aplicat la timp. El constă în aspirină, piramidon, infiltrații cu xilină, hidrocortizon și agenți fizici (curenți galvanici și diadinamici).

Cînd inflamația se reduce se poate trece la înalta frecvență, hidro-termoterapie, precum și radioterapie. Planul de tratament trebuie să cuprindă obligatoriu gimnastica medi-

cală, fără de care există riscul ca mişcările acestei articulaţii să rămînă reduse.

Profilaxia bolilor reumatismale

Ne vom referi la toate formele de reumatisme, fie ele inflamatoare, fie degenerative.

Profilaxia nu poate da rezultatele dorite decît dacă se cunosc cauzele reumatismului sau cel puţin mecanismele respective de îmbolnăvire. Prin urmare, profilaxia începe prin depistarea cauzelor determinante şi a condiţiilor favorizante ale îmbolnăvirii. Din punctul de vedere al unei atitudini active, măsurile de consolidare a rezistenţei imunobiologice, de călire, care se aplică copiilor şi tinerilor constituie principalele căi de protecţie împotriva reumatismului.

În reumatismul poliarticular acut (Bouillaud-Sokolski), profilaxia este condiţionată înainte de toate de extirparea focarelor infecţioase, de prevenirea infecţiilor streptococice la copii şi de tratamentul cît mai atent al anginelor streptococice, atunci cînd apar, mai ales la cazurile în care se poate constata un „teren reumatismal". La copiii care s-au îmbolnăvit se urmăreşte evitarea gravelor complicaţii cardiace, care apar atît de frecvent la cazurile insuficient tratate; la încetarea evoluţiei bolii se face profilaxia reîmbolnăvirilor, a recidivelor. În ambele cazuri se foloseşte — pe baza unui plan adecvat — protecţia cu salicilat şi cu antibiotice, în special cu penicilină.

În poliartrita reumatoidă, ca şi în reumatismul infecţios, profilaxia se bazează în primul rînd pe o minuţioasă asanare a focarelor infecţioase fie prin extirparea unora (amigdale bolnave, granuloame dentare), fie prin sterilizarea altora. În al doilea rînd, în aceste afecţiuni trebuie luate toate măsurile ca printr-un tratament precoce şi susţinut să se evite agravarea procesului patologic şi apariţia unor leziuni definitive, a deformaţiilor şi anchilozelor, care compromit mişcările în articulaţiile respective.

În spondilita anchilozantă, în afară de asanarea focarelor de infecţie — în special a celor genito-urinare — şi de tratarea precoce a fenomenelor inflamatoare, se vor lua toate măsurile de prevenire a gravelor deformări ale coloanei vertebrale, evitîndu-se poziţia cifotică (îngheboşată) şi utilizîndu-se toate mijloacele pentru păstrarea unei poziţii în extensiune.

În reumatismul degenerativ — care are drept substrat uzura cartilaginoasă — profilaxia trebuie începută într-o fază cînd se pot descoperi cele mai discrete simptome de preartroză, atunci cînd la o articulaţie sau mai multe constatăm o dificultate uneori dureroasă la mişcare sau cînd, după eforturi, aceste senzaţii apar din ce în ce mai frecvent. De asemenea va trebui să suspectăm şi articulaţiile care, sistematic, la intemperii, ne fac să resimţim o senzaţie neplăcută de tensiune, care poate deveni cu timpul dureroasă. Această meteorosensibilitate este — de altfel — un semn general în îmbolnăvirea reumatismală.

Măsurile profilactice în artroze constau mai ales în tratamentul tulburărilor endocrine şi al bolilor de nutriţie concomitente (obezitate, diabet), în primul rînd printr-un regim dietetic care să evite creşterea în greutate. O dată produsă artroza trebuie evitată agravarea procesului de uzură cartilaginoasă, prin evitarea eforturilor şi a microtraumatismelor — uneori profesionale — în articulaţia respectivă. Îndepărtarea focarelor

Scanned with OKEN Scanner

de infecţie bucale, digestive, genito-urinare şi respiratorii va putea face să se evite complicarea procesului prin fenomenele inflamatoare care pot apărea, deoarece artroza progresează mai ales prin *crize de artrită-artroză*.

În îmbolnăvirile părţilor moi, măsurile profilactice constau în special în descoperirea timpurie a simptomelor incipiente şi tratarea lor corectă. Astfel, se pot evita periartrita scapulo-humerală şi riscul apariţiei blocajului humeral, dacă se tratează chiar de la început fenomenele de „umăr dureros".

Măsurile de profilaxie nu pot fi eficace dacă nu sînt controlate periodic de către medic, care să stabilească eventual pe parcurs, în conformitate cu evoluţia stării bolnavului sau a persoanei sănătoase puse sub observaţie, necesitatea introducerii unor noi factori profilactici mai activi.

Adăugăm că bolnavul sau persoana predispusă la reumatism trebuie să locuiască într-o casă uscată şi însorită şi să lucreze într-un loc de muncă fără curenţi reci, mai ales în timpul iernii. Îmbrăcămintea trebuie să nu fie prea groasă, ca să nu provoace transpiraţie. La ieşirea de la lucru, mai ales iarna, muncitorul va avea schimburi uscate pentru dedesubt, ciorapi de lînă şi încălţăminte comodă şi călduroasă.

Necesitatea organizării unei profilaxii antireumatismale a fost recunoscută atît pe plan internaţional, cît şi în ţara noastră, unde s-a organizat o reţea de depistare şi tratament al afecţiunilor reumatismale.

Sînt ţări în care peste 12% din populaţie suferă de reumatism (Anglia, Suedia). În S.U.A., 2,4% din copiii şcolari prezintă boli de inimă de cauză reumatismală, iar în Canada aceste forme de boală apar la 1% din populaţia totală a ţării. Numărul bolnavilor de reumatism este de peste 10 ori mai mare decît al bolnavilor de tuberculoză sau de cancer. Statistici destul de recente arată că şi la noi frecvenţa îmbolnăvirilor reumatismale creează un procent mare de incapacitate parţială sau totală de muncă. Pe baza unor cercetări atente s-a calculat că numai în Europa 11—15% din zilele de muncă se pierd prin reumatism. În raport cu profesiunile, cel mai adesea bolnavii provin din mediu industrial, din transporturi, din activităţi care se desfăşoară în exterior şi, în număr mai mic, din rîndul funcţionarilor de birou. La oraşe, reumatismul este mai des întîlnit decît în mediul sătesc.

Dispensarizarea pentru reumatism — care a fost introdusă în ţara noastră — crearea unei reţele antireumatismale, dezvoltarea staţiunilor balneo-climaterice, accesibilitatea şi gratuitatea asistenţei medicale sînt măsuri care stau la baza luptei sistematice pentru descoperirea, evidenţa şi tratarea bolnavilor de reumatism, pentru o profilaxie susţinută împotriva acestei boli.

Sindroamele segmentare cele mai frecvente

Dintre îmbolnăvirile reumatismale, unele forme apar de obicei ca boli ale unui anumit segment sau regiuni, cu o simptomatologie proprie şi cu indicaţii terapeutice speciale, deşi ele se încadrează în una din categoriile descrise.

Cîteva din aceste boli apar mai frecvent şi prezintă anumite particularităţi pe care le vom vedea.

Scanned with OKEN Scanner

Spondiloza cervicală

Se poate manifesta uneori printr-o simptomatologie violentă, cu dureri și redoare a cefei, exacerbate noaptea și spre dimineață, constituind forma „boală" a spondilozei (există numeroase cazuri de modificări vertebrale, tipice pentru spondiloze, care nu dau simptome, fiind foarte bine suportate). În general se poate spune că spondiloza cervicală nu devine „boală" decît atunci cînd se complică cu nevralgia cervico-brahială, nevralgia Arnold, torticolis sau umăr dureros. Uneori, simptomele devin deosebit de puternice, cu cefalee, tulburări vasomotorii, oculare, amețeli, zgomote în urechi, insomnii, constituind așa-numitul „sindrom simpatic cervical posterior". Este vorba deci de o asociere a simptomelor de artroză vertebrală cervicală cu fenomene patologice ale discurilor intervertebrale și cu unele manifestări nevrotice.

Tratamentul acestei forme de spondiloză cervicală complicată se face prin analgezice, antireumatismale, vitamină B, infiltrații cu novocaină, hidrocortizon, kinetoterapie (elongații, masaje) sau fizioterapie (căldură, curenți galvanici sau de înaltă frecvență, ultrasunete, radioterapie).

Umărul dureros

Cea mai mobilă dintre articulații, umărul este uneori sediul unor manifestări patologice care pot să fie : a) dureri mai mult sau mai puțin intense, spontane, dar mai ales la mișcări ; b) o blocare dureroasă a umărului, care fixează articulația, nepermițînd nici un fel sau aproape nici un fel de mișcare. Umărul dureros poate surveni în unele afecțiuni nereumatismale, cum sînt bolile colecistului și ale ficatului (la umărul drept), boli de inimă și mai ales ale coronarelor și aortei (la umărul stîng). Mai pot provoca umărul dureros diverse infecții locale (artrita, osteomielita), tulburări metabolice, osteoporoza. Dintre bolile reumatismale, umărul poate fi afectat de artrita infecțioasă sau în cadrul reumatismului poliarticular acut, spondilitei anchilozante, poliartritei reumatismale, artrozei scapulo-humerale sau spondilozei cervicale. Cea mai frecventă formă de umăr dureros este aceea provocată de periartrita scapulo-humerală (80 % din cazuri), care este determinată de îmbolnăvirea burselor și a calotei tendino-musculare care coafează articulația umărului și poate evolua în trei etape : 1) umăr dureros simplu ; 2) umăr dureros acut ; 3) umăr blocat. La examenul bolnavilor se constată dificultate în mișcările de rotație externă (ducerea mîinii la ceafă) sau de rotație internă (ducerea mîinii la spate).

Radiologic se pot constata uneori depozite calcare, mai ales în tendonul unui mușchi care se inserează pe extremitatea superioară a umărului (mușchiul supraspinos).

Tratamentul umărului dureros a fost expus la „Periartrita scapulo-humerală".

Spondiloza lombară și lumbago

Ne referim la diferite îmbolnăviri degenerative ale coloanei lombare, evoluînd în formă acută sau cronică. În formele acute, durerea apare brusc, cu ocazia unui efort care provoacă o suferință vie, cu contractură musculară lombară, de obicei de o singură parte. Uneori, afecțiunea se produce fără efort, în timpul nopții sau cu ocazia unei răceli. Boala poate să

Scanned with OKEN Scanner

dispară după 2—4 zile de repaus sau să treacă în forma de lumbago cronic. La originea acestei boli stă spondiloza lombară, care poate fi, ca și la cea cervicală, asimptomatică, pînă la apariția lumbago-ului. La examenul radiologic se constată existența osteofiților (ciocuri) și uneori îngustări ale spațiilor dintre vertebre, dovadă a faptului că discurile intervertebrale sînt afectate. Numai foarte rar, îmbolnăvirea lumbalgică este cauzată de un reumatism muscular, în care caz găsim în masele musculare nodulii cunoscuți sub numele de *miogeloze*. Adeseori, lumbago evoluează asociat cu o nevralgie crurală sau a sciaticului, în care caz boala are o durată mai lungă.

Tratamentul constă în medicamente calmante și decontracturante, proceduri fizioterapice. Căldura este uneori foarte bine tolerată și dă rezultate excelente, dar la stările congestive ale rădăcinilor nervoase spinale lombare ea poate exagera durerea. Bolnavii beneficiază de tratament balnear în stațiuni cu ape sărate, sulfuroase, cu nămoluri.

Șoldul dureros

Această denumire cuprinde un grup de stări patologice care au drept centru anatomic articulația coxo-femurală. În afară de nevralgiile care se pot instala în această regiune (crural, sciatic), de unele afecțiuni osoase (osteoporozele, osteomalaciile, cancerele osoase), de diversele coxite infecțioase, suferințele șoldului pot fi întîlnite și în periartrita coxo-femurală. Această periartrită, ca și cea localizată la articulația umărului, face parte din capitolul reumatismului părților moi. Obișnuit, ea apare ca o criză dureroasă cu sediu unilateral. Durerile au un maximum la plica stinghiei, la fesă sau lateral pe proeminența osoasă a șoldului, iradiază uneori ca o sciatică sau o nevralgie de nerv crural și provoacă o limitare a mișcărilor în articulație. Afecțiunea durează 5—10 zile, lăsînd în zona respectivă, un timp mai îndelungat, o sensibilitate dureroasă.

Tratamentul constă din repaus, calmante ale durerii, infiltrații, împachetări cu parafină sau nămol, galvanoterapie, ultrascurte, ultrasunete și eventual radioterapie.

Piciorul dureros

Sindrom frecvent întîlnit, se datorează fie îmbolnăvirii reumatice a articulațiilor labei piciorului, în formele degenerative sau în cele inflamatoare (reumatism poliarticular acut, reumatism infecțios, poliartrită reumatoidă), fie unei stări patologice prin malformații (picior plat, scobit sau boltit), fie unor traumatisme sau infecții, fie unor stări metabolice patologice. Durerile pot fi provocate de pintenii exostotici care se instalează sub călcîi sau de bursa care se află între osul calcaneu și tendonul lui Ahile și pot apărea la mobilizarea piciorului. Terapeutica piciorului dureros constă în măsuri ortopedice și tratarea bolii de bază.

Scanned with OKEN Scanner

11

Glandele endocrine

- Acțiunea hormonilor în organism . 210
- Bolile glandelor cu secreție internă 210
  - Bolile hipofizei 212
  - Bolile tiroidei 214
  - Bolile paratiroidelor 216
  - Bolile pancreasului endocrin . 217
  - Bolile suprarenalelor 218
  - Bolile glandelor sexuale . 218
    - La femeie 218
    - La bărbat 219
- Ciclul menstrual 220
- Menopauza 220

Sistemul endocrin joacă un rol fundamental în desfășurarea proceselor metabolice, în creșterea și diferențierea tuturor organelor și țesuturilor corpului.

În alcătuirea sistemului endocrin intră următoarele glande: hipofiza (anterioară și posterioară), epifiza, tiroida, paratiroidele, timusul, pancreasul, suprarenalele (corticosuprarenala și medulosuprarenala) și glandele sexuale sau gonadele (testiculul și ovarul).

Acțiunea hormonilor în organism

Funcțiile sistemului endocrin se realizează prin intermediul hormonilor produși de glandele endocrine. Hormonii, fiind transportați pe cale sanguină, acționează la distanță de locul lor de formare, declanșînd acțiuni intense în cantități foarte mici. Acțiunile principale ale hormonilor sînt înfățișate în tabelul alăturat.

Bolile glandelor cu secreție internă

Nu putem intra aici în amănunte cu privire la cauzele și mecanismul de producere a bolilor endocrine. Vom aminti doar că aceste boli se datoresc — în linii generale — unei activități secretoare prea intense sau

Acțiunile hormonilor

Glandele endocrine	Hormonii secretați	Acțiuni principale
Hipofiza anterioară	Hormonul de creștere sau somatotrop	Stimularea creșterii în înălțime. Favorizarea sintezei de proteine în celulele organismului
	Hormoni glandulotropi: tireotrop, corticotropi sau ACTH, gonadotropi	Stimularea activității și menținerea normală a funcției unor glande endocrine (tiroidă, corticosuprarenală, glande sexuale)
Hipofiza posterioară	Hormonul antidiuretic	Menținerea normală a balanței apei în organism, prin echilibrarea eliminărilor de urină
Tiroida	Tiroxina și triiodotirozina	Stimularea oxidațiilor în toate celulele organismului. Menținerea tonusului normal al proceselor neuro-psihice. Stimularea creșterii și a diferențierii
Paratiroidele	Parathormonul	Menținerea echilibrului fosfo-calcic.
Pancreasul	Insulina	Stimularea folosirii glucozei de către țesuturi și menținerea nivelului normal al glucozei în sînge
Corticosuprarenalele	Hormoni glucocorticoizi (de tipul cortizonului)	Intervenția multilaterală în metabolismul glucidelor și proteinelor. Influențarea compoziției sîngelui. Creșterea secreției gastrice. Scăderea intensității proceselor inflamatoare
	Hormoni mineralocorticoizi	Retenția apei în organism, prin favorizarea reținerii sodiului. Favorizarea proceselor inflamatoare
	Hormoni sexoizi	Acțiuni asemănătoare cu cele ale hormonilor secretați de către ovar și testicul
Ovarul	Hormoni estrogeni (de tipul foliculinei)	Dezvoltarea și diferențierea sexuală de tip feminin. Acțiune congestivă și proliferativă asupra organelor genitale. Influențarea activității neuropsihice. Influențe metabolice multilaterale
	Progesteronul	Dezvoltarea și diferențierea sexuală de tip feminin. Rol important în menținerea sarcinii
Testiculul	Hormoni androgeni (de tipul testosteronului)	Dezvoltarea și diferențierea sexuală de tip masculin. Influențarea activității neuro-psihice. Influențe metabolice multilaterale

Scanned with OKEN Scanner

prea scăzute, adică unor dereglări glandulare avînd la rîndul lor cauze numeroase și variate.

Bolile hipofizei

Nanismul hipofizar se caracterizează, în primul rînd, prin păstrarea proporțiilor normale ale corpului. Piticul hipofizar este „armonic", ca un om văzut printr-un binoclu întors. În cazurile extreme, înălțimea bolnavului nu reușește să atingă un metru, în schimb piticul hipofizar are o dezvoltare psihică relativ normală. Piticii hipofizari sînt capabili de o școlaritate bună și reușesc să parcurgă cu succes chiar forme de învățămînt superior. Cu toate acestea, psihicul lor păstrează o serie de trăsături infantile, iar integrarea lor socială întîmpină unele dificultăți. Ei au în general o rezistență scăzută la eforturi fizice și sînt mai receptivi la bolile infecțioase. Nanismul hipofizar se datorește unui deficit de producere a hormonului de creștere secretat de hipofiza anterioară. Cauzele care pot declanșa apariția nanismului hipofizar sînt multiple : leziuni înnăscute ale hipofizei anterioare ; leziuni traumatice craniene care survin în cursul nașterilor dificile ; procese inflamatoare provocate de localizarea în hipofiză a unor boli microbiene sau virotice. Tratamentul nanismului hipofizar este dificil, deoarece organismul uman nu reacționează decît la hormonul preparat din hipofiză de om sau de maimuță. În cazurile mai ușoare se pot obține rezultate bune cu alte stimulatoare ale creșterii, ca de pildă extractele de timus, hormonii tiroidieni, insulina și hormonii sexuali. Un rol important în tratament îl are alimentația completă și echilibrată. Fizioterapia și climatul de stimulare generală pot interveni ca factori adjuvanți.

Gigantismul. Limita superioară normală a înălțimii corpului omenesc se situează,în general, la 180—190 cm. Depășirea acestei limite este considerată patologică, iar persoanele respective se încadrează în tulburarea de creștere numită gigantism. Se obișnuiește a deosebi în gigantism o formă armonică și una disarmonică, dar o limită strictă între cele două forme este greu de stabilit. De multe ori, giganții sînt astenici, au o circulație periferică deficientă și manifestă o rezistență scăzută față de o serie de boli, printre care tuberculoza pulmonară. Pe de altă parte există giganți capabili de o activitate fizică susținută. Cauza principală a apariției gingantismului este excesul de hormoni de creștere hipofizari, dar mai intervin și alți factori. Dintre cei endocrini se menționează în special tiroida și glandele sexuale. Nu poate exista gigantism fără un nivel cel puțin normal al funcției tiroidiene. Hormonii sexuali frînează creșterea, astfel că o maturizare sexuală relativ precoce și rapidă poate opri evoluția unui gigantism incipient. Dimpotrivă, sexualizarea insuficientă și lentă oferă un teren foarte favorabil dezvoltării în voie a gigantismului. Tratamentul gigantismului este eficace, cu condiția să fie aplicat din timp și constă în administrarea de hormoni sexuali și alte medicamente hormonale și generale capabile să frîneze creșterea.

Acromegalia. Înrudită de aproape cu gigantismul, acromegalia constituie o caracteristică a vîrstelor adulte. Dacă în gigantism elementul principal este creșterea exagerată în lungime, în acromegalie se realizează un aspect general de îngroșare a înfățișării, cu dezvoltarea exagerată în lățime a diferitelor porțiuni ale trun-

Scanned with OKEN Scanner

chiului și membrelor. Fața acromegalică este caracteristică și rezultă din proeminența accentuată a oaselor masivului facial, ca și din dezvoltarea exagerată a părților moi. Creșterea exagerată cuprinde însă întreg organismul. Deseori, înainte ca modificările feței să devină izbitoare, bolnavul constată cu surprindere că trebuie să-și schimbe mereu numărul la încălțăminte, la mănuși sau la pălărie („semnul pantofilor", „simptomul pălăriei"). Procesul de creștere exagerată se extinde, cu rezultate de diferite intensități, asupra tuturor organelor și țesuturilor. În afara simptomelor de mai sus, mai pot să apară dureri de cap puternice și persistente, caracteristice pentru anumite etape ale bolii, și tulburări vizuale. Evoluția acromegaliei are o rapiditate diferită de la caz la caz. Roentgenterapia regiunii hipofizare și administrarea de hormoni sexuali în doze mari pot determina o stingere definitivă a procesului acromegalic. Intervențiile chirurgicale se aplică în special în cazurile cu evoluție rapidă și continuă.

Insuficiența hipofizară anterioară globală. Cînd printr-o leziune distructivă largă, cuprinzînd întregul lob anterior al hipofizei, apare o insuficiență a tuturor hormonilor secretați de acesta, survine o boală complexă. Insuficiența hipofizară anterioară globală începe de foarte multe ori prin simptome de insuficiență sexuală, ulterior apărînd o scădere masivă a greutății corporale, oboseală intelectuală și fizică, scăderea rezistenței generale. Tratamentul constă în administrarea hormonilor hipofizari anteriori sau, în raport cu forma bolii, a hormonilor tiroidieni, suprarenali sau sexuali.

Sindromul adipozogenital (boala Babinski-Fröhlich) apare în copilărie și se caracterizează prin asocierea insuficienței glandelor sexuale cu obezitatea. Grăsimea se depune cu predilecție în anumite zone și în special în regiunea centurii abdominale. Abdomenul încărcat cu grăsime prezintă proeminențe rotunjite, care produc o înfundare a ombilicului. O îngrășare accentuată se mai observă la nivelul șoldurilor, coapselor și glandelor mamare, această topografie a obezității amintind modul caracteristic feminin de distribuție a adipozității. De aceea, boala este mai evidentă la băieți. Este însă o greșeală a ignora prezența ei la fetițe, pe considerentul că obezitatea acestora amintește caracterele morfologice ale femeii adulte. Lipsa dezvoltării genitale normale constituie a doua categorie de simptome caracteristice. La băieți, organele genitale sînt insuficient dezvoltate în raport cu vîrsta și în plus sînt afundate în masa de grăsime a regiunilor învecinate. La fete, organele genitale păstrează un caracter infantil foarte pronunțat. Din punct de vedere psihologic, copiii adipozogenitali au un nivel mintal normal. În multe cazuri reprezintă prototipul copiilor „deosebit de cuminți", fiind tăcuți, puțin sociabili, înclinați spre o activitate liniștită și sedentară. Un factor care întreține obezitatea este pofta de mîncare exagerată. De aceea, regimul alimentar constituie un element esențial în tratamentul bolii. Administrarea de hormoni care stimulează glandele sexuale, de extract tiroidian sau timic se face de la caz la caz, în raport cu intensitatea tulburărilor și vîrsta bolnavilor.

Diabetul insipid este o boală cronică, caracterizată prin sete exagerată și printr-o creștere anormală a cantității de urină. Volumul urinii în 24 de ore crește în raport cu gravitatea bolii (de la 3—4 litri pînă la

Scanned with OKEN Scanner

15—20 litri). Urina este aproape incoloră și foarte diluată. Bolnavii urinează foarte des. Noaptea, somnul lor este întrerupt atît din cauza setei, cît și din cauza nevoii frecvente de a urina. Se citează cazul unui copil cu diabet insipid, care — fiind încuiat într-o cameră de către părinții dornici de a-l „dezvăța" să bea — a băut o sticlă mare de cerneală. Pielea uscată, lipsa transpirației, scăderea secreției salivare, uscarea gurii completează simptomatologia bolii. Diabetul insipid se datorește insuficienței de hormon antidiuretic secretat de hipofiza posterioară, hormon indispensabil pentru întreținerea unei balanțe normale a apei în organism. Tratamentul hormonal substitutiv este principala modalitate prin care se obține o reducere importantă a volumului urinar și a setei. Cea mai eficace și mai comodă cale de administrare a hormonului este cea transnazală. În acest scop se trage pe nas pulbere uscată de hipofiză posterioară. Tratamentul hormonal fiind substitutiv nu duce, evident, la vindecarea bolii, dar permite menținerea unei balanțe apropiate de normal a apei în organism.

Bolile tiroidei

Hipertiroidismul și boala Basedow se caracterizează prin scădere în greutate, accelerarea pulsului, tulburări neuropsihice (insomnie, nervozitate, iritabilitate crescută și tremurături ale membrelor). Hipertiroidianul este slab la față și transpiră exagerat. Ochii îi sînt strălucitori și umezi, uneori avînd o tendință aproape permanentă la lăcrimare. Clipitul des, uneori un tremur ușor, dar vizibil, al pleoapelor vin să completeze expresia de neliniște a privirii hipertiroidianului. În boala Basedow, celorlalte simptome ale hipertiroidismului li se adaugă exoftalmia, care reprezintă o ieșire a globului ocular spre partea anterioară a orbitei. Bolnavul are ochii holbați, privirea fixă, părînd încremenită de spaimă. Fața hipertiroidianului este o oglindă expresivă a bolii sale, completată deseori, în mod sugestiv, de existența gușii. Prin gușă se înțelege orice mărire de volum a glandei tiroide. Nu orice gușă se dezvoltă însă paralel cu intensificarea funcției tiroidiene, adică cu o creștere a producției de hormoni tiroidieni. Există gușă fără hipertiroidism, situația inversă fiind de asemenea posibilă. Trebuie amintit că gușa poate exista înaintea hipertiroidismului, împrejurare frecventă în regiunile endemice. Atît alterarea stării generale prin oboseală, insomnie și slăbire, cît și tulburările neuro-psihice caracterizate printr-o accentuată instabilitate duc la o evidentă scădere a capacității de muncă fizică sau intelectuală a bolnavilor. În stadii mai avansate ale bolii apar tulburări ale unor organe interne, greu de tratat și care persistă și după anularea hiperproducției de hormoni tiroidieni.

Tratamentul hipertiroidismului se face în raport cu stadiul bolii, cu forma clinică, cu vîrsta bolnavului. Antitiroidienele de sinteză (metiltiouracil și propiltiouracil) au o puternică acțiune de frînare a funcției tiroidiene. Prin administrarea lor se pot obține, într-o perioadă de cîteva luni, anularea hiperfuncției tiroidiene și vindecarea bolnavului. În unele cazuri, antitiroidienele de sinteză pot produce modificări nedorite ale sîngelui, făcînd să scadă numărul total al leucocitelor și modificînd formula leucocitară. Pentru depistarea în timp util a eventualelor modificări sanguine, în cursul administrării antitiroidienelor este necesar controlul siste-

Scanned with OKEN Scanner

matic, la intervale de 7—10 zile, al leucogramei. Aceste medicamente sînt total contraindicate în cursul sarcinii. În multe cazuri, mai ales atunci cînd nu se produce un efect evident al tratamentului cu antitiroidiene de sinteză, se aplică tratamentul chirurgical constînd din extirparea parţială a tiroidei. O a treia modalitate principală de tratament, apărută mai recent, este aceea cu iod radioactiv I^{131}.

În afară de mijloacele de mai sus, hipertiroidismul necesită reechilibrarea proceselor nervoase, un element fundamental în tratamentul bolii, întrucît marea majoritate a cazurilor de hipertiroidism sînt consecinţa unor traumatisme psihice, emoţii, surmenaj. Liniştea, evitarea eforturilor fizice şi intelectuale, mesele la aceleaşi ore, evitarea emoţiilor şi a supărărilor, iată principalele puncte de reper ale unui regim raţional. Curele climatice de altitudine medie sînt indicate în primele stadii ale bolii. Altitudinea de peste 1 000 m, ca şi cura pe litoral sînt contraindicate în hipertiroidism. Regimul alimentar al bolnavului trebuie să fie complex şi echilibrat, cu evitarea surplusului de proteine şi cu interzicerea excitantelor (alcool, cafea, condimente). Suprimarea sau, dacă nu se poate, cel puţin reducerea fumatului constituie un factor pozitiv în completarea tratamentului.

Insuficienţa tiroidiană şi mixedemul se datoresc insuficientei cantităţi de hormoni tiroidieni. Atunci cînd secreţia acestor hormoni este absentă sau foarte scăzută, boala poartă numele de mixedem. Infiltrarea cu apă şi substanţe mucoide sub piele este principalul factor determinant al aspectului buhăit al feţei şi al împăstării generale a pielii bolnavului. Tot infiltraţia mixedematoasă se află la baza revărsărilor de lichid în pericard sau pleură, care se observă deseori în această boală. Somnolenţa accentuată, încetineala în gîndire, oboseala neobişnuită sînt semne caracteristice în insuficienţa tiroidiană. Tulburările neuro-psihice sînt mai accentuate cînd copilul se naşte fără tiroidă. În asemenea cazuri, tulburările nervoase sînt atît de profunde, încît li s-a dat numele de idioţie mixedematoasă. Lăsat fără tratament, copilul mixedematos rămîne nu numai un pitic nearmonios, ci şi un incapabil de a stabili cele mai elementare raporturi cu lumea exterioară. Mersul se dezvoltă mult mai tîrziu decît în mod normal, apariţia dentiţiei poate întîrzia cu cîţiva ani. Primele cuvinte pe care le pronunţă, deseori abia pe la 7—8 ani, sînt mai degrabă silabe dezarticulate.

În mixedemul adultului, o bună parte dintre simptome sînt aceleaşi. Totuşi nu există deficienţe de creştere şi diferenţiere. Adultul lipsit de tiroidă are o activitate neuro-psihică redusă şi mai ales foarte lentă, caracterizată prin somnolenţă, judecată greoaie, scăderea memoriei şi a atenţiei. Dar aceste simptome, oricît de intense ar fi, rămîn departe de idioţia mixedematoasă, al cărui substrat îl constituie leziunile profunde ale creierului oprit în dezvoltare din pricina absenţei hormonilor tiroidieni.

Deficitul tiroidian poate fi foarte diferit ca intensitate, astfel că în afară de mixedem, insuficienţa tiroidiană poate îmbrăca forme foarte variate, uneori cu manifestări discrete, aflîndu-se la baza celor mai diferite tulburări : îngrăşarea, constipaţia de tip aton, calculoza biliară, unele forme de eczemă. Insuficienţa tiroidiană nu este cauza directă a unor asemenea tulburări, dar oferă teren favorabil dezvoltării lor.

Tratamentul insuficienţelor tiroidiene, inclusiv al mixedemului, se

Scanned with OKEN Scanner

bazează în principal pe administrarea de hormoni tiroidieni. Tratamentul poate duce la vindecarea chiar a formelor de mixedem înnăscut, cu condiția ca el să înceapă înaintea vîrstei de 2—2½ ani și să fie perseverent. Întreruperea tratamentului din neglijență sau sub impresia unor ameliorări, mai ales în perioadele importante ale dezvoltării, poate duce la ineficacitatea sa ulterioară, în special în ceea ce privește întîrzierea mintală.

Gușa endemică are o largă răspîndire în anumite zone ale globului. Boala se numește endemică, deoarece persistă pe lungi perioade de timp la un număr mare din populația unui anumit teritoriu. Aproape că nu există țară de pe glob din care să lipsească focare ale acestei boli. Principalul simptom al bolii este gușa, care poate avea dimensiuni foarte variate, pînă la gușa gigantă ce cîntărește cîteva sute de grame și deformează întreaga înfățișare a bolnavului. În dezvoltarea ei, gușa produce apăsări asupra organelor din regiunea gîtului, putînd determina tulburări respiratorii și de înghițire sau modificări ale circulației sîngelui.

Numeroasele forme ale distrofiei se pot grupa, după ansamblul simptomelor, în trei categorii principale: categoria I, cazurile în care boala se limitează la hipertrofia glandei tiroide, fără a fi însoțită de tulburări evidente ale altor glande endocrine; categoria a II-a, cînd la prezența gușii se adaugă tulburările funcționale ale tiroidei și ale altor glande; categoria a III-a, cuprinzînd formele clinice în care se găsesc nu numai leziuni tiroidiene și glandulare, ci și leziuni distrofice în diferite aparate și sisteme ale organismului, precum și diferite grade de debilitate mintală, cretinism, surdo-mutitate, deformații osoase. Principala cauză a gușii endemice este insuficiența iodului, care intră în constituția hormonilor tiroidieni. În regiunile endemice, iodul se găsește în cantități scăzute atît în apele de băut, cît și în vegetația și în alimentele de origine animală ale regiunii respective. Igiena defectuoasă, alimentația săracă în albumine și intoxicațiile cronice favorizează de asemenea apariția gușei.

În combaterea gușii endemice, iodul ocupă locul principal. Corectarea lipsei de iod nu poate fi realizată individual. Pentru a se asigura iodul necesar populației din regiunile endemice se folosește sarea iodată. Iodarea nu produce nici un fel de modificare a gustului sau a altor calități culinare ale sării. Sarea iodată previne apariția unor cazuri noi de boală, scade treptat gravitatea endemiei și duce la stingerea ei completă. Avînd în vedere că în anumite perioade ale existenței sale, organismul are necesități crescute de iod și că distrofia este mai frecventă la copii și la femei în perioada maternității, se folosesc și tabletele de iodură de potasiu, care se administrează tuturor școlarilor și femeilor gravide sau care alăptează.

În țara noastră, în anii puterii populare, s-au înregistrat succese deosebite în combaterea endemiei de gușă.

Bolile paratiroidelor

Insuficiența paratiroidiană se poate manifesta printr-o formă acută, tetania, sau printr-o formă cronică, spasmofilia. Tetania survine sub formă de puternice contracturi musculare. Un semn caracteristic este contractura mîinii. Din cauza spasticității musculaturii laringiene apare o senzație de sufocare. Spasmul tetanic se manifestă și prin contracturi ale mușchi-

Scanned with OKEN Scanner

lor netezi ai stomacului, intestinului, bronhiilor şi vaselor.

Forma cronică a insuficienţei paratiroidiene se manifestă prin furnicături, amorţeli şi contracturi în diferite regiuni ale corpului. Uneori survin cîrcei. De multe ori, bolnavii simt un „nod în gît". Insuficienţa paratiroidiană este însoţită de unele tulburări nervoase, sentimentul de încordare nervoasă, iritabilitate exagerată, oboseli şi fobii. Insuficienţele paratiroidiene se însoţesc de o serie de schimbări în compoziţia sîngelui: scăderea calciului, creşterea fosforului, alcalinizarea serului sanguin. Tetania şi spasmofilia sînt favorizate de surmenaj, încordări neuro-psihice intense, febră, intoxicaţii.

Tratamentul insuficienţelor paratiroidiene are ca elemente de bază calciul şi vitamina D. O importanţă remarcabilă o are tratamentul dietetic, care urmăreşte realizarea unui aport alimentar bogat în calciu şi sărac în fosfor.

Hiperparatiroidismul se datoreşte dezvoltării unei tumori paratiroidiene, cu producerea consecutivă de hormon paratiroidian în exces. Este vorba despre o boală cu tulburări complexe : dureri localizate la oase, apariţia unor formaţiuni tumorale osoase, decalcifieri, deformări şi fracturi de la sine, formarea de depozite fosfo-calcice în diferite ţesuturi, în special în rinichi, aparatul digestiv şi cel cardiovascular. În sînge se constată o creştere a concentraţiei de calciu şi o scădere a fosforului. Tratamentul hiperparatiroidismului constă în îndepărtarea chirurgicală a tumorii paratiroidiene.

Bolile pancreasului endocrin

Diabetul zaharat se caracterizează printr-o serie de semne care îl fac, în general, uşor de recunoscut : creşterea poftei de mîncare, cu mărirea consumului de alimente, intensificarea setei şi ingestia crescută de lichide. Paralel creşte şi volumul eliminărilor urinare. Atît setea, cît şi volumul urinii sînt mai puţin intense decît în diabetul insipid. Urina este concentrată şi conţine cantităţi variabile (uneori foarte crescute) de glucoză, care lipseşte din urina organismului sănătos. Un element diagnostic hotărîtor este creşterea glucozei în sînge. Printre simptomele generale ale diabetului zaharat se notează oboseala, uscăciunea şi mîncărimi ale pielii, cicatrizarea dificilă a rănilor etc. În formele severe ale bolii apar scădere în greutate, astenie accentuată, pierderea poftei de mîncare, greţuri, vărsături, dureri abdominale, somnolenţă. Diabetul zaharat poate fi însoţit de numeroase complicaţii : hemoragiile gastro-intestinale, ciroza hepatică, hipertensiunea arterială, ateroscleroza precoce, endarteritele, angina pectorală. Accidentul cel mai grav al bolii este coma diabetică. Apariţia ei este determinată, de obicei, de absenţa sau întreruperea tratamentului, de un consum excesiv de hidrocarbonate sau de asocierea unor boli infecţioase sau toxice. Supărările mari, traumatismele fizice, intervenţiile chirurgicale, eforturile excesive şi prelungite favorizează de asemenea apariţia comei diabetice.

Baza tratamentului în diabetul zaharat este regimul alimentar, care urmăreşte scăderea consumului de hidrocarbonate şi grăsimi. Cazurile mai uşoare ale bolii pot fi echilibrate doar prin regim alimentar, dar în cazurile mai severe devine necesară insulina. În apariţia diabetului zaharat, o importanţă deosebită revine factorilor ereditari. Dar chiar în prezenţa unei ereditări nefavorabile, apariţia bolii

Scanned with OKEN Scanner

poate fi preîntîmpinată prin evitarea muncii fizice grele și a încordărilor nervoase, alimentație rațională, profilaxia și tratamentul bolilor toxice și infecțioase.

Hiperinsulinismul constă dintr-o producție excesivă de insulină, de obicei de către formațiuni tumorale ale pancreasului. El se caracterizează prin apariția crizelor de hipoglicemie, în cadrul cărora apar: senzație exagerată de foame, amețeli, tremurături ușoare, accelerarea pulsului, transpirație, somnolență sau — în unele cazuri — dimpotrivă, excitabilitate exagerată, agitație și neliniște. Criza hipoglicemică se dezvoltă pe fondul unei scăderi marcate a glucozei din sînge. Crizele pot fi rezolvate prin administrarea intravenoasă de glucoză sau ingerare de zahăr, dar repetarea lor impune extirparea chirurgicală a tumorii.

Bolile suprarenalelor

Boala Addison sau insuficiența corticosuprarenală cronică se datorește lezării țesutului cortical al ambelor suprarenale, de cele mai multe ori printr-o infecție tuberculoasă. Principalele simptome ale bolii sînt: alterarea stării generale cu o astenie musculară accentuată, apatie, pierdere progresivă în greutate, hipotensiune arterială, colorația în nuanțe închise a pielii și mucoaselor, tulburări digestive. În trecut, boala Addison era deosebit de gravă. După descoperirea și sintetizarea a numeroși hormoni corticosuprarenali, astăzi se poate prelungi viața bolnavului cu cîteva decenii. Tratamentul hormonal trebuie completat cu un tratament dietetic și, în anumite faze ale bolii, cu un tratament antituberculos.

Hipercorticismul se manifestă în funcție de grupul hormonal a cărui producție este crescută. În cazul creșterii hormonilor de tipul cortizonului și al celor ce reglează metabolismul apei apar o îngrășare accentuată cuprinzînd trunchiul, gîtul și capul, creșterea marcată a tensiunii arteriale, colorația roșie congestivă a pielii, în special în regiunea feței, osteoporoză și modificări biochimice caracteristice ale sîngelui.

În cazul că glanda corticosuprarenală funcționează în exces în special pe linia hormonilor de tip sexual, pot apărea așa-numitele sindroame suprareno-genitale. Dintre acestea, cel mai frecvent este virilismul la femeie, caracterizat prin apariția părului în cantități abundente pe față, membre și trunchi.

Tratamentul principal al hipercorticismului constă în cele mai multe cazuri într-o intervenție chirurgicală prin care se extirpă o parte din țesutul corticosuprarenal.

Bolile glandelor sexuale

La femeie:

Insuficiența ovariană cuprinde un număr de tulburări diferite, după gradul scăderii funcției ovariene și după vîrsta la care se instalează deficitul hormonal. Insuficiența ovariană poate fi totală, ca în cazul castrării, sau parțială. Dacă se manifestă înaintea pubertății, insuficiența ovariană se însoțește de întîrzierea maturării sexuale și a creșterii normale. Insuficiențele ovariene din perioada vîrstei adulte pot interesa unul sau altul dintre hormonii ovarieni (foliculina sau progesteronul). Simptomatologia lor este variată, cuprinzînd tulburări neuro-vegetative și metabolice. Manifestările lor cele mai evidente sînt însă tulburările de ciclu menstural.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul insuficienței ovariene se realizează prin administrarea de foliculină și progesteron. Dozele, ritmul și succesiunea administrării celor doi hormoni se stabilesc de la caz la caz. Un tratament aplicat la timp și urmat cu corectitudine poate corija tulburările de creștere din perioada pubertății, poate face ca organele genitale să devină normale și poate determina menținerea unui ciclu menstrual normal.

Hiperfoliculinismul este unul dintre sindroamele hormonale cele mai frecvente în patologia feminină. Boala se manifestă mai intens în cursul celor 10—12 zile care preced apariția menstruației. O dată cu menstruația, tulburările slăbesc brusc sau dispar, pentru a reapărea spre ultima parte a ciclului următor. Simptomele principale sînt senzația de tensiune în regiunea abdominală, congestiile mamare, retenția de apă (mai ales la nivelul feței și al gleznelor), tulburări vegetative variate (valuri de căldură, crize de transpirație, migrene, amețeli, fenomene spastice la nivelul aparatului respirator sau digestiv). În perioada premenstruală se pot înregistra reactivări ale unor simptome din partea diferitelor organe : crize dureroase în gastroduodenite, colici renale și hepatice, crize de colită, de astm, hemoptizii etc. Frecvent se observă creșterea excitabilității nervoase, instabilitatea psihică, emotivitatea exagerată, iritabilitatea, neliniștea. Ciclul menstrual poate prezenta în hiperfoliculinism modificări foarte diferite. Frecvent se observă scurtarea lui, menstruația succedîndu-se la 3 sau chiar 2 săptămîni. Abundența fluxului menstrual și durata pot varia în toate sensurile. În cazul unui exces foarte marcat de foliculină, apariția menstruațiilor se poate rări pînă la suspendarea lor.

Locul central în tratamentul hiperfoliculinismului îl ocupă tratamentul cu progesteron și testosteron, hormoni cu un efect oarecum antagonist, și combaterea infecțiilor cronice ale aparatului genital.

La bărbat :

Hiperfuncția testiculară. Apărînd deosebit de net în cazul proceselor tumorale ale testiculului, hiperfuncția testiculară, dacă survine înainte de pubertate, tulbură profund dezvoltarea corporală, printr-o maturare sexuală precoce. Apar tulburări nervoase accentuate. Extirparea tumorii testiculare trebuie efectuată cît mai devreme posibil. Hiperfuncția testiculară, fără existența unei tumori, se manifestă la adulți în special în cursul unor boli psihice, ca de exemplu în stările maniacale.

Insuficiențele testiculare. Sindromul datorit absenței totale a testiculelor se numește anorhism sau eunuchism. El se manifestă diferit, după cum distrugerea glandelor sexuale are loc înainte sau după pubertate. Cauzele anorhismului sînt distrugerea traumatică a testiculelor prin accidente sau îndepărtarea lor chirurgicală impusă în tratamentul unor boli ca, de exemplu, tuberculoza testiculară. În anorhismul prepubertar apar tulburări de dezvoltare, cu creștere excesivă în înălțime, lungirea în special a membrelor inferioare, deformații ale scheletului. Sînt caracteristice de asemenea tulburările nervoase : apatie, melancolie, idei obsesive. Anorhismul postpubertar se caracterizează prin absența tulburărilor de dezvoltare generală, dar apare o regresiune a caracterelor sexuale cu o feminizare a aspectului general prin creșterea depozitelor de grăsime abdominală, a șoldurilor și a glandelor mamare. Impotența sexuală se insta-

Scanned with OKEN Scanner

lează în primele 6 luni după castrare, în cel puţin 75% din cazuri. Insuficienţele testiculare, datorite unor leziuni distructive ale testiculului, fără absenţa totală a acestuia, determină sindromul numit eunucoidism. Semnele clinice ale eunucoidismului sînt asemănătoare cu cele care se observă în anorhism, dar au o intensitate mai redusă. Tratamentul insuficienţelor testiculare se bazează pe administrarea de hormoni masculini.

Ciclul menstrual

La femeie, ciclurile sexuale poartă denumirea de cicluri menstruale, datorită apariţiei hemoragiilor uterine lunare (în medie) care marchează începutul şi sfîrşitul ciclurilor ovariene. Primul ciclu menstrual apare, în regiunile temperate, la o vîrstă medie de 13 ani. Ciclurile menstruale se desfăşoară pînă la menopauză, care survine la 45—52 de ani. Ele au o durată medie de 28—30 de zile. Scurtarea lor la perioade de 21—25 de zile sau lungirea la 35—40 de zile nu are obligatoriu o semnificaţie patologică.

În mijlocul ciclului menstrual survine ovulaţia, adică ruperea ovulului din foliculul ovarian şi eliberarea acestuia în uter. Dacă ovulul este fecundat, ciclul menstrual se opreşte şi nu reapare decît după naştere. Dacă ovulul nu este fecundat, activitatea ciclică a ovarului continuă. Sfîrşitul ciclului este marcat de apariţia hemoragiei menstruale, a cărei durată normală este variabilă, fiind în medie de 3—5 zile. Rărirea menstruaţiilor poartă denumirea de oligomenoree sau bradimenoree. Absenţa menstruaţiei (amenoreea) poate surveni după o perioadă de oligomenoree sau se poate instala brusc. Repetarea menstruaţiilor la intervale mai scurte de 4 săptămîni se numeşte polimenoree sau tahimenoree. Amenoreea nu are totdeauna un caracter patologic, constituind un fenomen fiziologic în timpul sarcinii, al lactaţiei şi în perioada menopauzei. Amenoreea patologică poate apărea în cele mai diverse boli şi sindroame. De altfel, funcţia menstruală nu poate fi considerată ca un fenomen localizat la aparatul genital. Ciclul menstrual este însoţit de un număr impresionant de modificări fiziologice, metabolice şi biochimice, localizate în diferite organe şi ţesuturi ale organismului. Trebuie subliniat că între durata, cantitatea şi alte caractere ale menstruaţiei, pe de o parte, şi funcţia ovariană, pe de altă parte, nu există un paralelism absolut.

Tratamentul tulburărilor ciclului menstrual trebuie orientat în raport cu originea lor şi cu particularităţile fiecărui caz, fiind necesară o examinare completă, clinică şi de laborator.

Menopauza

Termenul de menopauză indică perioada caracterizată prin intrarea în repaus a activităţii ovariene. Menopauza nu poate fi echivalată cu sindromul de insuficienţă ovariană. Caracterul ei este mult mai complex decît acela al urmărilor produse de suprimarea funcţiei ovariene la organismul feminin tînăr. Trecerea la menopauză, constituind un „moment de

Scanned with OKEN Scanner

criză", reprezintă un teren favorabil pentru apariţia şi dezvoltarea unor tulburări foarte variate, ca natură şi intensitate. Totuşi, nu la toate femeile perioada menopauzei este însoţită de fenomene supărătoare. La majoritatea femeilor echilibrate, menopauza se desfăşoară cu tulburări minime, care nu necesită aplicarea de măsuri terapeutice. Aproximativ 90% din femei îşi îndeplinesc în acest timp munca lor obişnuită. Tulburările de menopauză se manifestă sub diferite forme : valuri de căldură (datorite unor dilataţii vasculare bruşte), dureri de cap, ameţeli, senzaţii de furnicături şi amorţeală în diferite regiuni ale corpului, creşteri stabile sau oscilante ale tensiunii arteriale, tulburări de memorie, excitabilitate crescută, instabilitate emoţională.

Tratamentul nu poate fi unic şi uniform, valabil pentru toate bolnavele şi aplicabil în tot cursul menopauzei. Deşi modificările hormonale, în special hipofizare şi ovariene, constituie substratul principal al menopauzei, este greşit a se considera că tratamentul poate fi redus doar la aplicarea hormonoterapiei. Sedativele nervoase şi vitaminele — de exemplu — se folosesc, după împrejurări, în alcătuirea unui tratament raţional. Uneori, femeia insistă pentru menţinerea sau restabilirea ciclurilor menstruale. Un asemenea punct de vedere este în acelaşi timp greşit şi ineficient. Procesul involutiv al funcţiei ovariene nu poate şi nu trebuie să fie oprit. Scopul principal al tratamentului este a asigura o trecere cît mai uşoară de la perioada activităţii sexuale la repausul funcţiei ovariene. Menopauza este un fenomen normal, iar perioada care-i urmează nu este decît o nouă stare de echilibru fiziologic, la care organismul ajunge parcurgînd un drum uneori dificil şi accidentat. Menopauza nu atrage după sine, în mod obligatoriu, scăderea bruscă a apetitului sexual.

Scanned with OKEN Scanner

12

Pielea

- Structura și funcțiile pielii . . . 222
  - Straturile pielii 223
  - Anexele pielii 223
  - Rolul pielii în organism . . 224
- Bolile microbiene ale pielii . . 224
  - Piodermitele stafilococice . . 225
  - Piodermitele streptococice . . 226
  - Prevenirea și tratamentul piodermitelor 227
- Bolile pielii produse de ciuperci 227
  - Dermatomicoze care atacă firul de păr 227
  - Dermatomicoze care nu atacă firul de păr 228
  - Profilaxia și tratamentul dermatomicozelor 229
- Virozele pielii 230
- Bolile alergice ale pielii . . . 230
  - Eczema 230
  - Urticaria 231
  - Prevenirea și tratamentul dermatozelor alergice 231

Deși foarte subțire — rareori depășește un milimetru — pielea are o structură extrem de complicată, care-i permite să facă față unor cerințe multiple.

Structura și funcțiile pielii

La o examinare mai atentă, suprafața pielii apare brăzdată de o serie de cute fine. În unele regiuni, cum ar fi de exemplu pulpa degetelor, se văd cu ușurință niște linii unduite, formînd un desen caracteristic pentru fiecare om în parte și care reprezintă *amprenta digitală*. În sfîrșit, la nivelul articulațiilor, pielea prezintă cute mai mult sau mai puțin adînci, denumite cutele *de locomoție*. Pielea este presărată cu mici orificii, denumite pori, locul unde se deschid la exterior canalele glandelor sebacee, care furnizează grăsimea pielii, și ale glandelor sudoripare, prin care se elimină sudoarea. La căldură, pielea apare mai roșie din cauza dilatării vaselor capilare. La frig se petrece fenomenul invers și pielea apare mai palidă. Mai influențează culoarea pielii, prezența, în cantitate mai mică

Scanned with OKEN Scanner

sau mai mare, în stratul profund al acesteia, a unui pigment colorat în brun-închis, melanina. Pielea este în general catifelată și elastică, cu excepția locurilor expuse unor frecături sau apăsări de lungă durată, unde se îngroașe în mod vizibil, ca o reacție de apărare. Suprafața pielii corpului este de aproximativ 1,5 metri pătrați, iar greutatea ei este pentru o talie mijlocie de aproximativ 3 kg.

Straturile pielii

Pielea este formată din trei straturi suprapuse, deosebite unul de celălalt atît prin structură, cît și prin funcția pe care o îndeplinesc.

Epidermul, situat la exterior, în direct contact cu mediul înconjurător, este compus din mai multe straturi de celule strîns unite între ele. În partea cea mai profundă, celulele epidermice apar mai înalte, formînd *stratul bazal* al epidermului ; urmează celulele poliedrice din *stratul spinos*, apoi celule din ce în ce mai turtite. Către exterior celulele se transformă în simple lamele impregnate cu keratină, lipsite de structură și de funcții vitale, formînd *stratul cornos*. Acesta se îndepărtează treptat (în special cu ocazia spălării), permițînd astfel o permanentă regenerare a celulelor pielii. Printre celulele epidermice de la bază se găsesc răspîndite în număr variabil niște celule cu prelungiri mai mult sau mai puțin lungi în care se găsește depozitată melanina, pigmentul pielii despre care s-a vorbit mai sus.

În interiorul celulelor epidermice se mai văd niște fibrile, care par a trece dintr-o celulă în alta, formînd o adevărată rețea și care au un rol important în menținerea coeziunii celulelor. Fără această coeziune strînsă, celulele epidermice s-ar dizloca, iar pielea nu și-ar mai putea îndeplini rolul de înveliș protector.

Dermul se găsește sub epiderm, către profunzime. El este stratul cel mai activ, unde se petrec procesele vitale ale pielii. Acest strat, compus din celule și fibre, se împarte în două porțiuni distincte :

a) *Stratul papilar*, situat în contact cu epidermul, are o formă sinuoasă datorită papilelor proeminente, care se mulează pe spații sinuoase corespunzătoare din epiderm. În stratul papilar se termină ultimele ramificații ale arterelor și venelor care hrănesc pielea și tot aici se găsesc majoritatea ramificațiilor nervoase care dau sensibilitatea.

b) *Corionul* sau *dermul propriu-zis* este stratul de susținere, în care se găsesc fibrele conjunctive, fibrele elastice și rețeaua de reticulină, toate acestea cu rol important în elasticitatea pielii, și substanța fundamentală lipsită de structură, dar cu rol deosebit de important în fiziologia pielii.

Hipodermul, situat sub derm, este un strat compus din fibre conjunctive și cămăruțe încărcate cu țesut grăsos care asigură alunecarea pielii pe organele profunde (oase, mușchi), și unde se depozitează grăsimea exagerată la persoanele mai corpolente.

Anexele pielii

Pe lîngă formațiunile descrise, în piele se găsesc unghiile, perii și glandele sebacee și sudoripare, fiecare cu rolurile lor.

Unghia juca un rol mult mai important în trecutul preistoric al omului. I se distinge o rădăcină înfundată adînc sub cuta formată de pielea extremității degetelor, un corp și o porțiune liberă, care, în treacăt fie spus, dacă nu poate fi întreținută,

Scanned with OKEN Scanner

după cele mai riguroase principii de igienă, ca ornament al frumuseţii, este preferabil să fie tăiată cît mai scurt. Cel puţin este sănătos. Şi pentru că fericirea de a fi mamă pretinde şi ea tributul ei, chiar şi cele mai cochete femei trebuie să-şi taie unghiile obligatoriu pe toată durata alăptării.

Părul era în trecut mult mai dezvoltat şi acoperea întreaga suprafaţă a corpului omului, jucînd rolul de strat izolator faţă de variaţiile de temperatură din mediul extern. Rădăcina părului, situată în derm, are o formă rotunjită ; în polul ei inferior este situată papila sanguină care îi furnizează materiile nutritive. Alături de rădăcină se găseşte un muşchi, atrofiat astăzi, dar care în trecut avea rolul de a ridica firul de păr. Pentru a înţelege mai bine, să ne imaginăm că omul primitiv putea realiza aceeaşi „performanţă", ca şi anumite animale contemporane cu noi (cîine, pisică etc.), care-şi zburlesc părul la frig sau la frică.

Tulpina părului este formată din trei straturi : măduva în interior şi două straturi concentrice epiteliale, intens keratinizate şi pigmentate, care dau supleţea şi culoarea.

Glandele sebacee, situate în derm, în imediata apropiere a rădăcinii părului, secretă o substanţă grăsoasă, sebumul, care se elimină printr-un canal în foliculul pilos şi ajunge la suprafaţă, unde contribuie la păstrarea unei bune onctuozităţi a pielii şi părului.

Glandele sudoripare, situate mai profund, în hipoderm, secretă sudoarea, care are un rol important în eliminarea unor săruri din organism, în menţinerea temperaturii constante, precum şi în apărarea pielii de o serie de microbi cărora nu le convine aciditatea lichidului sudoral.

Rolul pielii în organism

În ciuda subţirimii ei, pielea exercită o serie de roluri, dintre care cităm pe cele mai importante :

Rolul de protecţie se exercită în primul rînd datorită impermeabilităţii. Prin mobilitatea pe planurile musculare şi osoase, precum şi prin elasticitatea ei, pielea amortizează şocurile traumatice de la exterior. Prin pigmentul melanic din stratul bazal al epidermului, pielea apără de acţiunea iritativă a razelor solare. În sfîrşit, secreţiile sebacee şi sudorale formează la suprafaţa pielii un înveliş cu o aciditate ridicată, care distruge o mare parte din microbii cu care tegumentele vin în permanent contact din mediul extern.

Rolul de termoreglare. Datorită reţelei de capilare din piele şi secreţiei sudorale, pielea poate favoriza o eliminare de căldură din organism sau poate reţine căldura şi împiedica frigul să acţioneze în profunzime.

Rolul de secreţie şi excreţie. Prin secreţiile glandelor sebacee şi sudorale, pielea elimină din organism o serie de substanţe chimice, ajutînd în acest fel activitatea rinichilor.

Rolul în sensibilitate. În piele se termină ramificaţiile cele mai fine ale multor nervi senzitivi, ceea ce permite aprecierea senzaţiei de cald sau rece, pipăitul, senzaţia dureroasă.

Bolile microbiene ale pielii

Aceste boli, numite şi piodermite, sînt boli inflamatorii, contagioase ale pielii, provocate de stafilococi şi streptococi. Aceşti microbi pot trăi pe pielea umană fără a da îmbolnăviri. În anumite condiţii (rezistenţă scă-

Scanned with OKEN Scanner

zută a organismului, condiții igienice defectuoase sau lipsa de integritate a pielii), microbii pătrund în straturile mai profunde și dau naștere piodermitelor.

Piodermitele stafilococice

Infecțiile stafilococice sînt favorizate de coexistența unui diabet și de multe ori tratamentul antimicrobian rămîne ineficace dacă nu se tratează și diabetul. Localizarea de predilecție a stafilococului pe piele este în ostiul folicular, acea mică depresiune ca o pîlnie existentă la locul unde firul de păr apare la suprafața pielii. În anumite condiții, microbul se poate înmulți foarte mult, dînd naștere unei leziuni caracteristice : foliculita.

Foliculita acută superficială (impetigo stafilococic) se prezintă ca o veziculă conținînd un lichid galben purulent, centrată de un fir de păr și însoțită de o ușoară durere. Pielea înconjurătoare este roșie, inflamată pe o rază de 1/2—1 centimetru. După o evoluție de 4—5 zile, vezicula se usucă, se acoperă de o cojiță, care apoi cade și totul reintră în normal. Foliculitele localizate la gene (ulciorul, orgeletul) sau la perii din nas se însoțesc de dureri vii și recidivează deseori.

Foliculitele subacute și cronice profunde se localizează în special la perii din barbă, axilă, regiunea pubiană. Clinic se observă o leziune mai infiltrată, de întindere mai mare, pe care se disting pustule. Firele de păr bolnave se extrag cu ușurință. Însoțită de dureri accentuate, boala poate să dureze mai multe săptămîni și, în unele cazuri, dă alopecie (căderea părului) definitivă.

Furunculul începe tot printr-o foliculită însoțită de roșeața pielii și ușoară mîncărime, însă, datorită virulenței lor mai mari, microbii invadează țesuturile din jurul foliculului pilos și formează un nodul de dimensiuni variabile. La început tare și foarte dureros, furunculul devine după cîteva zile moale la pipăit, datorită transformării purulente a conținutului său și apoi se sparge, lăsînd să se scurgă la suprafața pielii un puroi galben și o masă de țesut necrozat (burbionul sau țîțîna). De multe ori orificiul prin care furunculul s-a deschis la piele nu este suficient de larg și este recomandabil să se intervină chirurgical, pentru a asigura o drenare cît mai bună a puroiului. *Observație importantă :* în nici un caz furunculul nu se stoarce, deoarece prin apăsare asupra zonelor inflamate se pot introduce microbii în țesuturile sănătoase din vecinătate și chiar în sînge (septicemie). În cazul *furunculului antracoid* localizat de cele mai multe ori la ceafă, este vorba de mai multe colecții purulente, comunicînd între ele și care se deschid prin mai multe orificii. După evoluția lor, furunculele lasă cicatrice.

Hidrosadenita este o colecție purulentă asemănătoare furunculului, care se produce însă la nivelul glandelor sudoripare și, mai ales, în axilă. De o singură parte sau, în infecțiile masive în ambele subsuori, se formează unul sau mai mulți noduli foarte dureroși, la început tari, apoi cu conținut purulent și care se sparg lăsînd să se scurgă un puroi galben cremos, foarte contagios.

Perionixisul este o inflamație a pielii situată în jurul unghiei. Se formează un chenar roșu, inflamator, dureros, din care la apăsare se scurge o picătură de puroi. Evoluția este foarte trenantă, leziunea recidivînd mereu și fiind în general greu accesibilă unui tratament eficace. Perionixisul mai poate fi provocat și de

Scanned with OKEN Scanner

ciuperci, paraziții fiind inoculați, ca și stafilococii, cu ocazia manichiurii sau în cursul operațiilor menajere.

Piodermitele streptococice

Există numeroase specii de streptococi, care dau naștere unor afecțiuni foarte variate. Streptococii sînt și agenții microbieni ai scarlatinei, ai unor forme de reumatism și chiar ai unei îmbolnăviri grave a foiței care căptușește cavitățile inimii. Pentru piele, cel mai virulent este streptococul hemolitic.

Impetigo contagios (buba dulce) este o leziune a pielii lipsite de păr. Începe printr-o pată roșiatică, pe care în cîteva ore se ridică o băşică umplută la început cu un lichid clar, care apoi devine purulent. În jurul leziunii se observă un chenar roșu inflamator. Căpăcelul băşicii se rupe cu ușurință, lăsînd să se scurgă pe piele conținutul care, în contact cu aerul, se usucă, dînd naștere unei cruste foarte caracteristice, de culoare galbenă ca mierea, denumită crustă melicerică. Sub crustă rămîne la început o eroziune, care treptat se vindecă, fără a lăsa cicatrice. Puroiul din impetigo este foarte contagios și dă naștere la noi leziuni în vecinătate, boala întinzîndu-se cu repeziciune atît la persoana în cauză, cît și la contacți. Bubele dulci sînt mai frecvente la copiii care nu respectă regulile de curățenie și se localizează în general la față.

Ectima este tot o leziune streptococică, care se localizează însă de cele mai multe ori pe membrele inferioare. După un început asemănător impetigoului, eroziunea rămasă după deschiderea bulei se adîncește, formîndu-se o rană profundă, și se acoperă cu o crustă groasă, de culoare negricioasă, formată din puroi amestecat cu sînge, Ectima apare la persoane debilitate, lipsite de rezistență la infecțiile microbiene.

Erizipelul este o streptococie a pielii, însoțită de fenomene generale, uneori foarte grave, datorite virulenței extreme a microbilor în cauză. La suprafața pielii apare un placard de culoare roșie-vie, de formă rotundă sau ovalară, cu suprafața catifelată și ușor proeminentă, mai ales la periferie. Placardul este ușor dureros la apăsare și cald la pipăit, avînd tendința să se mărească din ce în ce mai mult. În același timp, bolnavul are febră mare, dureri de cap și i se umflă ganglionii regionali. Bolnavii cu rezistență scăzută sînt expuși la septicemie și moarte. Erizipelul este o boală recidivantă, putînd apărea de multe ori pe același loc unde a evoluat mai înainte.

Zăbăluța sau *perleșul* este o streptococie localizată la colțurile gurii. Se caracterizează printr-o plesnitură superficială a pielii și mucoasei acestei regiuni, care zemuiește și se acoperă de o crustă de culoarea mierii, tipică pentru leziunile streptococice. Leziunea este dureroasă, mai ales în timpul vorbirii sau alimentației și prezintă o tendință redusă la vindecare. Zăbăluța streptococică trebuie diferențiată de leziuni asemănătoare provocate de anumite ciuperci din grupul *Candida*, în care leziunile se acoperă de un depozit albicios și care necesită un tratament diferit.

Pemfigusul epidemic al nou-născutului apare la copiii debilitați, cu greutate subnormală și rău îngrijiți. Pe trunchi și membre (cu excepția palmelor și tălpilor) se formează bule de dimensiuni variabile conținînd un lichid clar și care după cîteva zile se usucă și dispar. Boala nu este gravă dacă micul bolnav este bine îngrijit.

Intertrigo streptococic este o afecțiune cu localizare specială în locurile

Scanned with OKEN Scanner

unde suprafeţele de piele vin în contact una cu alta, producîndu-se frecături şi o stagnare a secreţiilor (sub sîni la femeie, interfesier, în axile). Se observă eroziuni (adică pierderi de substanţă superficiale) întinse, cu zemuire şi formare de cruste. Bolnavii au mîncărimi mari.

Eczema streptococică este o complicaţie apărînd de cele mai multe ori pe un intertrigo preexistent. Mîncărimile devin din ce în ce mai intense, apar vezicule mai ales la periferia placardului, zemuirea este importantă. Procesul se poate croniciza, leziunile se acoperă cu scuame, dar recidivează cu uşurinţă şi stadiile veziculoase şi erozive reapar, producînd mari neplăceri bolnavului.

Prevenirea şi tratamentul piodermitelor

Prevenirea piodermitelor este în primul rînd o problemă de curăţenie. Apa caldă şi săpunul au ca rezultat îndepărtarea mecanică a microbilor depozitaţi pe piele, iar săpunul are şi o acţiune dezinfectantă destul de importantă. O atenţie deosebită trebuie să se acorde dezinfecţiei pielii atunci cînd se produc mici răniri, în special la mîini. Prin portiţa astfel deschisă, microbii trec cu uşurinţă de bariera pe care o reprezintă pielea, găsesc condiţii bune de dezvoltare şi sînt greu de îndepărtat. O măsură deosebit de eficace pentru prevenirea formelor întinse şi mai severe de piodermite este aplicarea tratamentului imediat după apariţia primelor simptome. Bolnavul trebuie să se prezinte la medic imediat ce observă o leziune cît de mică a pielii, pentru a i se institui un tratament corect şi eficace.

Medicamentele folosite în tratamentul piodermitelor sînt diversele substanţe antiseptice din grupul coloranţilor (cristal-violet, violet de genţiană, fucsină, pioctanin), apoi sulfamide sau alte antibiotice (unguent cu aureociclină) întrebuinţate local sau pe cale generală. Leziunile de piodermită se pot complica dacă nu sînt tratate sau sînt greşit tratate. Pe de altă parte, unele afecţiuni pot fi greşit interpretate ca piodermite, în realitate fiind vorba de boli mult mai grave, care necesită cu totul alte tratamente. În plus, tratamentul fiind gratuit, este cel puţin o mare greşeală ca bolnavul să se trateze singur.

Bolile pielii produse de ciuperci

Aceste boli, denumite şi dermatomicoze, se localizează atît la pielea păroasă, cît şi la aceea lipsită de păr.

Dermatomicoze care atacă firul de păr

Din această grupă fac parte tricofiţia, microsporia şi favusul.

Tricofiţia prezintă mai multe forme clinice, în legătură cu localizările parazitului :

— *Tricofiţia superficială uscată a pielii capului* se manifestă la copiii pînă la 14—15 ani, vindecîndu-se apoi singură după această vîrstă. Se caracterizează prin plăci multiple, pe care majoritatea perilor sînt rupţi chiar la ieşirea lor din piele. Alături de perii rămaşi intacţi se găsesc mici depozite scuamoase. După vindecare, perii cresc din nou în mod normal.

— *Tricofiţiile inflamatoare ale regiunilor păroase* sînt provocate de o

Scanned with OKEN Scanner

anumită specie de paraziți. Ele pot îmbrăca două forme : a) *Sicozisul parazitar*, caracterizat prin noduli purulenți situați în profunzimea pielii, cu evoluție cronică și apărînd mai ales la persoane adulte în regiunea bărbii și b) *Kerion Celsi*, sub forma unor plăci unice, rotunde, proeminente, cu orificii prin care, la apăsare, se scurge puroi. Perii se extrag cu multă ușurință, datorită procesului purulent din foliculul pilos. Mai frecventă la copii, în pielea capului, afecțiunea se poate dezvolta și la adulți în barbă. Nici această formă nu lasă o lipsă definitivă de păr.

— *Tricofiția pielii lipsită de păr* constă în mici plăci de culoare roză cu centrul mai palid acoperit de scuame și marginile mai active, prevăzute cu vezicule, prin care placardul se extinde.

— *Microsporia* apare mai ales la copii, în pielea capului, sub forma unei plăci în general unice, rotunde, pe care perii apar ca tunși la o distanță de 1—2 mm de la ieșirea lor din piele. Resturile de peri prezintă în jurul lor o teacă cretoasă, ca și cum ar fi tăvălite prin nisip. Aceiași grunji albi care reprezintă sporii parazitului se văd și pe restul placardului. Și microsporia poate îmbrăca forme inflamatoare de tip Kerion Celsi sau poate produce leziuni pe pielea lipsită de păr, leziuni foarte asemănătoare cu cele descrise în tricofiție. Pierderea perilor în microsporie nu este definitivă, ei refăcîndu-se total după vindecare.

— *Favusul* apare mai ales pe pielea capului la copiii sub 15 ani. După aspectul leziunilor se descriu : forma tipică cu godeuri, cea mai frecvent întîlnită, forma pitiriazică, forma impetiginoasă, forma alopecică. În favusul cu godeuri, leziunea elementară este un mic disc galben, de mărimea unui bob de linte, mai adîncit în centru ca o farfurie, compus din numeroase filamente ale parazitului și care este întîlnit pe pielea capului înconjurînd un fir de păr. Treptat, pielea capului se inflamează și perii, atacați pînă la rădăcina lor, cad lăsînd în urmă suprafețe cicatriceale, lipsite de păr, deci unde părul nu va mai crește niciodată. Caracteristic pentru favus mai este mirosul de urină de șoarece pe care-l degajează leziunile, precum și aspectul prăfuit al firelor de păr neatacate încă vital de ciuperci. În cazuri extrem de rare, favusul poate provoca leziuni asemănătoare celor descrise și pe pielea lipsită de păr și chiar la adulți.

Ciupercile care atacă firul de păr pot da și leziuni ale unghiei propriuzise (onixis), care apare îngroșată, cu plesnituri și depozite grunjoase albicioase, subunghiale sau inflamații ale pielii din jurul unghiei (perionixis).

Dermatomicoze care nu atacă firul de păr

Din această categorie se întîlnesc mai frecvent :

Epidermofiția interdigitală începe de cele mai multe ori în spațiile dintre degetele mîinilor și picioarelor, de unde se poate întinde la porțiuni de piele mai mult sau mai puțin mari. Se prezintă ca mici bășicuțe însoțite de o mîncărime redusă și evoluînd pe o piele ușor înroșită. Bășicuțele se sparg repede, formînd mici leziuni zemuinde, care pot conflua în plăci de diferite mărimi. Din cauza umidității locale, pielea se macerează, degajînd un miros neplăcut. În cazurile mai puțin virulente, boala nu se manifestă decît printr-o descuamare a pielii acestor regiuni, însoțită de ușoară mîncărime.

Scanned with OKEN Scanner

Epidermofiția inghinală apare la rădăcina coapselor, în regiunea inghinală (stinghie). Se prezintă ca o placă de culoare roșie-violacee, avînd la periferie un chenar de vezicule care se pot sparge și zemui și prin care leziunea se întinde. Centrul este mai palid și presărat cu mici scuame albicioase. Bolnavii acuză mîncărimi variabile.

Eritrasma, provocată de alte ciuperci, tot în regiunea genitală sau în regiunea axilelor, are un caracter inflamator mai redus, placa avînd o culoare mai cafenie și lipsind veziculele de la periferie și tendința la extindere rapidă observate în epidermofiție.

Pitiriazisul versicolor este des întîlnit, în special la oamenii care transpiră mult. Apare ca niște plăci de diferite culori, unele mai roșiatice, altele — care formează majoritatea — de culoarea cafelei cu lapte sau altele albe, acoperite de scuame foarte fine. Localizarea lor de predilecție este jumătatea superioară a trunchiului, putîndu-se întinde pe ceafă și pe membrele superioare pînă la jumătatea brațelor. Lipsită în general de mîncărime, boala este supărătoare numai din punct de vedere estetic, cu atît mai mult, cu cît după expunerea la soare, pe locurile bolnave, în care ciupercile au format un fel de ecran izolator, rămîn pete albe nepigmentate.

Candidozele se pot localiza pe piele și în special pe mucoase, unde dau leziuni erozive, acoperite cu depozite albicioase și, în raport cu localizarea, uneori foarte dureroase. Caracteristic este *mărgăritărelul* sau *muguet*-ul, apărînd pe limbă și mucoasa bucală, în special la copiii debilitați. Candidozele *vulvo-vaginale* produc dureri și o secreție verzuie urît mirositoare. La colțurile gurii se poate forma o *zăbăluță* cu *Candida*.

Profilaxia și tratamentul dermatomicozelor

Dermatomicozele sînt boli foarte contagioase, în special pentru copii. Unele pot duce, așa cum s-a văzut, la căderea definitivă a părului. De aceea sînt necesare identificarea lor cît mai precoce, izolarea bolnavului pentru a feri de îmbolnăvire pe cei din jur și tratarea timpurie. În școli și în alte colectivități de copii se fac în mod periodic examinări pentru descoperirea cazurilor nebăgate în seamă și prevenirea îmbolnăvirii celorlalți copii. Pentru fiecare caz nou descoperit se face o anchetă epidemiologică, în scopul găsirii și unor alte eventuale îmbolnăviri în focar. Micozele pielii capului se iau uneori de la cîini, pisici, cai, viței. Pentru acest motiv vor fi examinate și animalele din gospodăria unde a apărut cazul. Copiii găsiți bolnavi se recomandă a fi internați în spital, cel puțin pentru perioada în care sînt contagioși. În casele în care au apărut dermatomicoze se face o dezinfecție riguroasă. Obiectele purtate pe cap de bolnavi și pieptenii folosiți de ei se distrug prin ardere. Tratamentul îmbolnăvirilor prin ciuperci se execută numai sub supraveghere medicală. Uneori este necesară îndepărtarea părului de pe cap, prin aplicarea razelor Röntgen, alteori se extrag unghiile bolnave. Îmbolnăvirile prin ciuperci obișnuite reacționează destul de bine la tratamentele cu medicamente din grupul *griseofulvinei*, iar cele prin levuri la medicamente din grupul *micostatinului*. Folosirea acestor medicamente nu este permisă decît sub un riguros control medical.

Scanned with OKEN Scanner

Virozele pielii

Dintre îmbolnăvirile pielii produse de virusuri le vom cita pe acelea care merită să fie cunoscute mai îndeaproape.

Herpesul este localizat pe piele și mai ales pe mucoase, mai frecvent în jurul gurii și în regiunea organelor genitale (se poate confunda cu un șancru sifilitic). Începe printr-o ușoară senzație de usturime și arsură; după cîteva ore apare erupția, caracterizată prin cîteva vezicule cu conținut clar, aglomerate pe o placă roșiatică de dimensiuni variabile. Curînd, veziculele se rup și se formează mici eroziuni zemuinde, avînd tendința la confluare într-o singură eroziune mai mare, ale cărei margini, ca niște mici arcuri de cerc, trădează veziculele din care a luat naștere. În cîteva zile leziunea se vindecă, dar poate recidiva pe aceleași locuri sau în alte regiuni, uneori fără o cauză aparentă, alteori cu ocazia unui deranjament intestinal, înainte de menstruație, în stări febrile. Recidivînd la intervale mai dese, uneori pe mucoasa organelor genitale, herpesul este destul de plicticos pentru bolnav. Mai există și pericolul că în regiunea genitală poate fi confundat cu șancrul sifilitic. Pentru a se evita această confuzie, cu urmări extrem de grave, orice leziune a pielii sau mucoaselor genitale trebuie arătată medicului.

Verucile plane (negii) apar de cele mai multe ori la tineri (veruci plane juvenile), ca urmare a contaminării cu un virus. Ele se caracterizează prin mici ridicături compacte pe suprafața pielii, rotunde, cam cît un bob de linte sau de mazăre, de culoare cenușie-gălbuie, cu suprafața plană sau uneori brăzdată de șanțuri. Ele se pot înmulți foarte mult prin autoinoculare și în general nu dispar decît prin cauterizare.

Condiloamele acuminate sînt tumorete de dimensiuni variabile, localizate pe mucoasa organelor genitale. De culoare roșie-vie, legate de baza lor printr-o porțiune mai îngustă ca un picioruș, ele sîngerează cu multă ușurință și cresc cu rapiditate, luînd un aspect brăzdat, de conopidă. Ele pot fi asemuite uneori cu anumite leziuni sifilitice avansate și deosebit de contagioase, motiv pentru care orice bolnav care observă astfel de manifestări în zona organelor genitale este bine să se arate unui medic de specialitate.

Bolile alergice ale pielii

Fenomenul de alergie se bazează pe o sensibilizare a bolnavului la o anumită substanță, urmată de declanșarea unor fenomene cu totul particulare cu ocazia pătrunderii ulterioare în organism a substanței respective. Dermatozele alergice sînt destul de frecvente, ele putînd apărea față de anumite substanțe chimice cu care bolnavul vine în contact în mod repetat sau față de o serie întreagă de compuși alimentari față de care se sensibilizează. Exemplul cel mai tipic de dermatoză alergică îl constituie eczema.

Eczema

Această boală apare frecvent la persoane care manevrează substanțe chimice. La început, acestea sînt

Scanned with OKEN Scanner

bine suportate, dar treptat, pe măsură ce bolnavul se sensibilizează, provoacă un mod diferit de a reacționa al pielii, rezultînd eczema. De asemenea sînt persoane la care după un timp intervine un proces de sensibilizare la ouă, tocături, conserve de carne sau pește și, ca urmare a acestui proces, apariția unei eczeme după o nouă consumare a alimentului respectiv. Acestea sînt cazuri clare, tipice, ușor de descoperit. Dar sensibilizările se pot produce la factori foarte variați, în afara celor arătați mai sus. Sînt cunoscute astfel sensibilizări la temperaturi înalte sau la frig, la vopselele de păr sau la cele cu care se colorează îmbrăcămintea, la anumite fire de țesătură, la polenul unor plante, la anumiți microbi sau produse de sensibilizare ale acestora. Eczema începe printr-o placă roșie, pe care foarte curînd apar vezicule pline cu un lichid clar. Din cauza mîncărimii mari și a scărpinăturilor, veziculele se rup și placa începe să zemuiască. După 7—8—10 zile, procesul începe să se liniștească, zemuirea încetează, placa se acoperă cu scuame și se poate vindeca. În unele cazuri, însă, după un interval variabil de descuamare, reapar veziculele însoțite de mîncărime și zemuire și boala se extinde, fie prin mărirea plăcii inițiale, fie prin erupția de noi plăci în alte regiuni (mai ales în locurile expuse frecăturilor, cum ar fi de exemplu sub sîni, pe fața anterioară a coatelor, la subsuori, la centură etc.). Dacă bolnavul nu se tratează și continuă să vină în contact cu substanța la care este sensibil, boala poate dura luni și ani, întinzîndu-se uneori pe tot corpul și provocînd mari supărări. Suprafețele erodate se pot infecta cu multă ușurință, ceea ce îngreuiază vindecarea.

Eczema sugarului și copilului se datorează, de cele mai multe ori, unor greșeli în ceea ce privește administrarea produselor lactate. Manifestată în special prin pete roșii localizate pe obraji și însoțite de mîncărimi, băișicuțe, scuame, această eczemă se vindecă de multe ori numai prin reglementarea alimentației recomandată de un medic pediatru.

Urticaria

Urticaria este o altă manifestare a alergiei cutanate, apărînd prin același mecanism de sensibilizare ca și eczema. Aici este vorba de plăci roșii, ușor reliefate, de dimensiuni variabile, ale căror caractere esențiale sînt : mîncărimea mare care le însoțește și rapiditatea cu care ele apar și dispar, schimbîndu-și locurile pe care erup la fiecare cîteva ceasuri. Plăcile urticariene pot avea uneori dimensiuni foarte mari, pe piele sau mucoase, stare denumită edem Quincke. Localizate pe mucoasa laringelui pot provoca fenomene de sufocație, mergînd pînă la asfixie.

În afara tablourilor descrise, stările de sensibilitate ale pielii se mai pot exterioriza și prin alte erupții, foarte variate, în raport cu intensitatea procesului alergic. Se pot întîlni astfel pete roșii (asemănătoare celor din scarlatină și pojar), leziuni roșiatice acoperite cu scuame (eczematidele), leziuni veziculoase (dishidroză), leziuni nodulare (alergidele vasculare ale membrelor inferioare).

Prevenirea și tratamentul dermatozelor alergice

O condiție esențială pentru vindecarea unei dermatoze alergice este identificarea substanței sau factorului care a produs sensibilizarea. Prin evitarea acesteia, persoana în cauză este

Scanned with OKEN Scanner

pusă la adăpost de recidive ale bolii alergice. Din păcate, identificarea nu este posibilă decît în rare cazuri, în special în dermatozele alergice profesionale, cînd bolnavul descoperă singur substanţa care-i produce erupţia cutanată. Într-un asemenea caz se poate încerca o desensibilizare specifică, adică direct faţă de substanţa vinovată, prin injectarea unor doze foarte mici (diluţii pînă la 1 la 10 000 000), care au darul să obişnuiască treptat organismul cu substanţa alergizantă şi să-l facă rezistent, mai tîrziu, la atingerile cu substanţa pură. La ceilalţi bolnavi, la care dermatoza alergică poate fi declanşată de o varietate infinită de agenţi din lumea înconjurătoare sau chiar din organism, tratamentul este nespecific, adică nu este îndreptat direct împotriva unei substanţe precise, ci încearcă să ridice rezistenţa organismului în general. În acest scop se folosesc medicamente din grupul antihistaminicelor, hiposulfitul de sodiu, novocaina, vitaminele (în special vitamina C). Preparatele cortizonice realizează de multe ori ameliorări spectaculoase în astfel de boli, însă efectul lor nu este durabil, ele acţionînd numai indirect asupra procesului alergic. Medicamentele cu acţiune calmantă asupra sistemului nervos sînt un preţios adjuvant în aceste stări. Pe lîngă tratamentul general, în bolile alergice se pot folosi local pudre sau comprese calmante cu ceai de muşeţel sau pomezi cu preparate cortizonice.

Regimul alimentar de cruţare a ficatului are mare importanţă în unele boli alergice, acest organ jucînd un însemnat rol în apariţia fenomenelor de sensibilizare.

În sfîrşit, pentru prevenirea infectării secundare cu stafilococi şi streptococi a leziunilor deschise din eczemă sau alte dermatoze zemuinde este necesară o curăţire riguroasă a pielii, care trebuie efectuată mai ales cu ceai de muşeţel, apa şi în special săpunul avînd uneori o acţiune iritativă asupra manifestărilor alergice.

Scanned with OKEN Scanner

13

Frumusețea

- Îngrijirea tenului 233
- Masajul împrospătează 237
- Fața, ochii, gîtul fac gimnastică . 241
- Măștile cosmetice 242
- Fardarea – o artă 243
- Părul de prisos 247
- Combaterea transpirației . . . 248
- Mîini îngrijite – mîini frumoase . 249
- Îngrijirea părului 251

Adevărata frumusețe nu se obține prin camuflarea imperfecțiunilor, ci prin dobîndirea și păstrarea unei sănătăți înfloritoare. Fiecare dorește să aibă un ten proaspăt, un aspect tineresc. Această dorință se poate realiza însă numai în măsura în care știm să cultivăm calitățile cu care ne-a înzestrat natura și să le adăugăm mici corective printr-o îngrijire cosmetică rațională.

Îngrijirea tenului

Pentru a ne îngriji rațional și eficient tenul avem nevoie să-i cunoaștem caracteristicile. Înainte de a ne hotărî asupra vreunui tratament cosmetic este necesar să stabilim dacă tenul nostru este gras, uscat sau normal. În acest scop putem folosi testul foiței de țigară, trecînd foița cu răbdare pe diferite porțiuni ale feței și uitîndu-ne de fiecare dată la transparența pe care o prezintă în lumină. Dacă apare pătată înseamnă că tenul este gras, iar dacă nu prezintă pete înseamnă că tenul este uscat. Bineînțeles că hîrtia va fi aplicată pe un ten perfect curat, după îndepărtarea prafului, fardului, pudrei și cremei. Se spală obrazul cu apă și săpun neutru și se procedează la determinarea naturii tenului abia după circa 3 ore, cînd pielea și-a recuperat aciditatea ei normală. În general, pielea are reacție ușor acidă. Pielea care are reacție alcalină devine vulnerabilă la micile infecții (coșuri, iritații, roșeață).

Pielea grasă se caracterizează prin secreție exagerată de sebum, aspect lucios, pori dilatați. Persoanele cu tenul gras se ridează mai greu, dar

Scanned with OKEN Scanner

pielea lor este aspră, de cele mai multe ori presărată cu puncte negre care se pot infecta, ceea ce are ca urmare apariţia coşurilor. În general se recomandă spălarea obrazului gras cu apă şi săpun. Unele persoane nu suportă însă nici cel mai bun săpun neutru. De aceea se impune curăţirea obrazului cu un demachiant. Acesta nu se aplică cu vată, ci se pune în palmă, apoi se freacă bine obrazul şi se îndepărtează cu un şerveţel de hîrtie sau cu un tampon de vată. Pentru tenul gras există în comerţ emulsia „Mimoza". Curăţirea se termină prin trecerea pe faţă a uneia din următoarele loţiuni :

I.	Acid salicilic	0,50 g
	Acid boric	1 g
	Camfor	1 g
	Alcool	20 g
	Apă de roze	80 g
II.	Suc de lămîie	25 g
	Balsam de Peru	2 g
	Alcool	20 g
	Apă	45 g

sau se infuzează în 1/2 litru de apă clocotită 60 g foi de rosmarin, se filtrează şi se adaugă apă de *hamamelis*.

Apa pentru spălat obrazul va avea temperatura camerei. Din cînd în cînd putem folosi pentru spălat apa caldă şi apoi apa rece. Căldura şi frigul provoacă alternativ o vasodilataţie urmată de vasoconstricţie, fenomen care acţionează favorabil asupra circulaţiei sîngelui şi asupra terminaţiilor nervoase, asigurînd o hrănire mai bună a pielii. Apa fierbinte provoacă cu timpul o vasodilataţie persistentă şi moleşirea muşchilor, avînd drept urmare înroşirea şi ridarea feţei. Apa calcaroasă va fi înmuiată cu borax sau tinctură de benzoe (1 linguriţă la 1 litru de apă).

Folosirea substanţelor astringente este astăzi mult discutată. Nu se recomandă să recurgem la o degresare drastică nici în cazul tenului excesiv de gras. Se va renunţa deci la folosirea din proprie iniţiativă a benzinei, a tetraclorurii de carbon, a eterului, a acetonei, a alcoolului concentrat şi în general a loţiunilor cu o concentraţie de alcool care depăşeşte 50%. Un degresant uşor se poate prepara din 3 g trietanolamină dizolvată în 100 ml apă.

Din cauza secreţiei de sebum, porii se dilată cu timpul, ceea ce pretinde folosirea unor preparate speciale. Astfel sînt indicate loţiunile cu suc de castraveţi care se prepară în modul următor : se iau castraveţi mari, bine copţi, se curăţă de coajă, se taie bucăţi şi se storc printr-un tifon ; la 1 litru de zeamă se va adăuga 1/4 litru alcool rafinat ; se lasă în repaus 24 de ore, apoi se strecoară din nou prin tifon ; se păstrează în sticle bine închise la loc răcoros. Tenurile cu pori deschişi se pot loţiona şi cu suc de lămîie 35 g, alaun 1 g, alcool 15 g, apă 50 g. Zilnic ne putem prepara o loţiune excelentă pentru închiderea porilor din 1 linguriţă suc de lămîie şi 1 linguriţă lapte crud. Tenurile cu tendinţă spre acnee se vor şterge cu lapte acidofil sau cu iaurt care, mărind aciditatea pielii, ajută la ameliorarea situaţiei. Dacă pielea este excesiv de grasă putem realiza o degresare uşoară, folosind la spălat puţină sare amestecată cu clăbuc sau emulsie de demachiat. Nu vom abuza însă de acest procedeu pentru a nu degresa prea puternic pielea.

De cele mai multe ori, tenul gras prezintă puncte negre, în special pe aripile nasului şi bărbie. Se impune ca la 3—4 săptămîni să procedăm la îndepărtarea lor prin stoarcere. Curăţăm mai întîi obrazul cu un lapte de demachiat care îndepărtează fardul şi impurităţile de pe suprafaţa pielii, ungem regiunea din jurul ochilor (regiune deosebit de sensibilă) cu cremă grasă, apoi expunem obrazul

Scanned with OKEN Scanner

timp de 5—10 minute la baia de abur. Aceasta se obţine punînd la fiert într-un vas cu apă un pumn de muşeţel şi eventual cîteva picături de tinctură benzoe. Cînd obrazul este bine aburit trecem la stoarcerea punctelor negre cu ajutorul a două degete învelite în comprese sterile. Se şterge apoi faţa cu o soluţie astringentă. Zilnic vom păstra o igienă riguroasă a pielii cu apă şi săpun sau demachiant, frecînd porţiunile respective cu puţină făină de mălai. Seara putem şterge obrazul cu : pepsină 1 g, acid citric 1 g, apă 100 g. O dată pe săptămînă se recomandă frecarea porţiunilor care prezintă puncte negre cu : 1 linguriţă tărîţe de grîu, 1 linguriţă făină de mălai şi un vîrf de cuţit borax.

Tot pentru tenul gras putem prepara o loţiune cu calităţi deosebite din zeama a două lămîi amestecată cu 3 albuşuri bătute spumă şi 100 g alcool de 70°. Această loţiune o putem folosi un timp mai îndelungat, cu condiţia s-o păstrăm în sticle bine închise la loc uscat şi răcoros. Pentru curăţirea tenurilor grase, dar sensibile şi iritate, ne putem prepara un lapte de demachiat din 1/2 litru zeamă de castraveţi, 125 g alcool, 50 g ulei de parafină uz intern, 50 g apă, 1 gălbenuş, 1 albuş bătut spumă, 2 linguri de miere de albine şi 10 g tinctură de benzoe. Se procedează în felul următor : se bate albuşul spumă, se adaugă gălbenuşul frecat în prealabil cu miere de albine şi ulei de parafină, peste care se toarnă zeama de lămîie amestecată cu alcool şi zeama de castraveţi. La sfîrşit adăugăm picătură cu picătură tinctura benzoe. Pentru tenul iritat, foarte sensibil, se recomandă folosirea apei de mărar pe care o putem prepara punînd la fiert timp de 1 minut 3 legături de mărar în 1/2 litru apă de ploaie. După răcire strecurăm apa obţinută şi îi adăugăm 4 linguriţe zeamă de lămîie, 2 linguriţe alcool şi 1 linguriţă glicerină.

Aplicarea măştilor dă rezultate excelente în cazul tenului gras (capitolul „Măşti cosmetice").

Folosirea cremelor în cazul tenului gras trebuie făcută cu prudenţă, de-

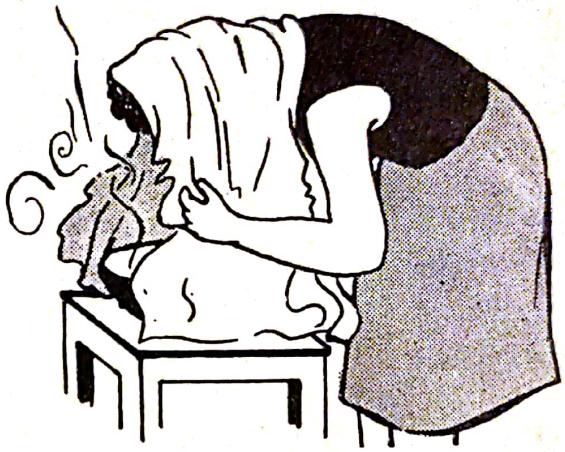


Fig. 69. — Baia de abur.

oarece aplicarea cremelor grase peste secreţia seboreică abundentă poate provoca apariţia coşurilor. Nu înseamnă că tenul gras nu necesită nici un fel de cremă. Dimpotrivă, pielea fiind aspră, lipsită de supleţe, se impune chiar aplicarea unei creme uscate sau semigrase, ca Elida, Vals, Carmen, Magnolia, care vor fi menţinute pe faţă maximum 1 oră. În jurul ochilor, unde îşi fac apariţia ridurile, se va aplica chiar în cazul tenurilor excesiv de grase o cremă hrănitoare (Anca, Catifelin, Nectin, Magnolia). Pudra joacă un rol important în îngrijirea tenului gras, deoarece absoarbe grăsimea şi face să dispară luciul obrazului. De multe ori, pielea grasă prezintă o serie de pete inestetice, în care caz vom folosi înainte de culcare următoarea soluţie : hidrochinonă 5 g, acid fosforic 1 g, alcool 50 g, apă 50 g. În tratamentul tenului excesiv de seboreic nu se pot obţine rezulta-

Scanned with OKEN Scanner

tele dorite dacă nu ne impunem un regim alimentar fără grăsimi, ciocolată, afumături, băuturi alcoolice.

Pielea uscată se caracterizează prin secreţie insuficientă a glandelor sebacee şi pori puţin aparenţi, este fragilă, iritabilă, se descuamează cu uşurinţă, prezintă riduri la început minuscule, care se accentuează cu vîrsta. Îngrijirea unui asemenea ten trebuie făcută în mod deosebit şi anume : la curăţire se va folosi cît mai puţin săpun sau chiar de loc, fiind indicat un lapte gras (tip „Doina"). Apele dure, calcaroase, produc o perturbare ; de aceea vom prefera apa de ploaie sau vom înmuia apa de la conductă cu bicarbonat de sodiu (1 linguriţă la 1 litru de apă). Cremele grase joacă un rol hotărîtor, suplinind lipsa de grăsime naturală a pielii. Crema hrănitoare va fi aplicată zilnic şi menţinută pe faţă timp de cîteva ore (în cazul tenurilor excesiv de uscate poate fi păstrată şi în cursul nopţii). Seara, crema va fi ştearsă cu un tampon de vată. Cremele topite în prealabil şi aplicate în stare caldă sînt mai eficace. Pentru a se realiza o absorbţie cît mai bună a cremei se recomandă ca pielea să fie frecată în prealabil cu un burete de cauciuc. Vom evita folosirea cremelor uscate, pe bază de stearaţi, deoarece pot cauza descuamaţii şi înroşiri ale pielii. În timpul iernii, pielea uscată trebuie protejată în mod special împotriva intemperiilor, nefiind suficient fondul de ten sau cremele obişnuite de zi, care nu sînt atît de dense pentru a forma un ecran protector eficace.

În cazul tenurilor uscate şi normale, curăţirea obrazului se mai poate realiza cu o emulsie de migdale dulci pe care o vom prepara astfel : 30 g migdale cojite se pisează bine ; se adaugă în porţiuni mici 90 g apă în care am dizolvat 0,10 g acid salicilic şi 5 g alcool ; se filtrează. În acelaşi scop putem prepara dintr-un gălbenuş de ou frecat cu 2 linguriţe de untdelemen o emulsie pe care dacă o ţinem la rece o putem folosi 2—3 zile. Ea înlocuieşte perfect săpunul, pielea rămînînd după spălare curată şi suplă. Tărîţele îşi găsesc aplicare şi în cazul tenului uscat, sensibil, cu condiţia să fie umezit înainte de întrebuinţare cu puţin lapte călduţ. După curăţirea obrazului, o dată pe zi, este bine să folosim o loţiune tonică, uşor astringentă, avînd totodată şi proprietăţi hidratante. Se prepară din zeama unei portocale peste care se adaugă un pahar cu apă de roze.

Tenurile care se descuamează pot fi unse cu caimac proaspăt. După 10—15 minute, cînd caimacul se usucă, se clăteşte obrazul cu infuzie de muşeţel şi se unge cu puţină cremă cît timp este încă umed. Tot în cazul unui ten care se descuamează şi este predispus la apariţia ridurilor se recomandă folosirea compreselor cu ulei de măsline sau arahide. Cu uleiul încălzit la baie de apă se îmbibă o bucată de pînză căreia i-am tăiat orificii în dreptul nasului, ochilor şi gurii. Pentru menţinerea uleiului la o temperatură constantă vom aplica peste pînză un prosop înmuiat în apă caldă. După îndepărtarea pînzei vom masa obrazul pînă pătrunde tot uleiul în piele. Cu apele tonice folosite adesea în cazul tenului uscat nu vom freca obrazul, ci vom îmbiba un tampon de vată cu care vom atinge uşor faţa prin tamponări dese, astfel încît să nu îndepărtăm grăsimea. Aceasta poate rămîne pe piele fără să împiedice acţiunea substanţelor din loţiunea respectivă. Iată formula unei loţiuni tonice : apă de roze 50 g, camfor 1 g, acid boric 2 g, tinctură de benzoe 15 picături.

Pielea deshidratată. Deshidratarea este un fenomen care poate surveni

Scanned with OKEN Scanner

indiferent de celelalte caracteristici ale pielii. Este adevărat că cea mai lovită de acest neajuns este pielea uscată, fină, care nu se poate apăra suficient împotriva uscăciunii. Ea se prezintă ca o piele ridată, ștearsă și ofilită. Prinsă între degete, se dovedește lipsită de suplețe și elasticitate și are adeseori reacție alcalină. În general, pielea sărăcește în apă datorită diferiților factori externi și interni. Din prima categorie putem cita căldura, băile de soare prelungite, frigul și vîntul, iar dintre factorii interni, tulburările glandelor suprarenale și ale tiroidei. Alte cauze care pot provoca micșorarea cantității de apă sînt : hrana rău echilibrată, absorbită prea repede, nervozitatea, insomnia, excesul de tutun și alcool, neingerarea de lichide (în timpul curelor de slăbire). La peste 40 de ani, recuperarea apei pierdute se face mai greu.

Ca tratament extern se impune în asemenea cazuri înmuierea pielii cu loțiuni (niciodată alcoolice) conținînd ape de flori și cu comprese călduțe cu infuzie de mușețel sau nalbă. Folosirea cremelor hidratante (emulsii de ulei în apă) contribuie substanțial la hidratarea pielii : lanolină 12 g, butir cacao 5 g, ceară albă 7 g, ulei de parafină uz intern 30 g, apă 20 g.

Pielea normală se întîlnește mai rar, are porii mici, invizibili cu ochiul liber. Îngrijirile zilnice vor fi în general aceleași ca în cazul tenului uscat, ținînd seama de anotimp, specificul muncii etc.

Desigur că nu vom omite pielea gîtului, care se ridează de timpuriu și trebuie îngrijită cel puțin cu aceeași rigurozitate ca pielea obrazului.

Masajul împrospătează

Se recurge la masaj facial pentru menținerea vitalității și elasticității pielii și a mușchilor pieloși, în scopul prevenirii sau tratamentului ridurilor.

Executarea masajului implică cîteva măsuri preliminare : curățirea perfectă a pielii ; ungerea obrazului cu un produs adecvat ; mîini perfect curate, cu unghii scurte, strîngerea părului într-o basma.

Mișcările vor fi cît mai delicate, intensitatea și durata tratamentului fiind în raport cu vîrsta și natura tenului. O importanță deosebită are direcția în care se execută masajul (fig. 70). Crema va fi întinsă pe tot obrazul prin 4 mișcări care vor cuprinde fruntea, obrajii, barba și gîtul (fig. 71). Masajul frunții va fi executat folosind următoarele mișcări : se pornește de la sprîncene în spre rădăcina părului (fig. 72) sau prin mișcări orizontale, masăm pornind din mijlocul frunții în spre tîmple (fig. 73). Fruntea va fi masată descriind cu degetele mijlocii (lucrează ambele mîini) cercuri mici (fig. 74), sau mișcări în zig-zag (fig. 75). Masajul pleoapelor superioare se execută cu degetul arătător pornind dinăuntru înafară (fig. 76). Pleoapele inferioare se vor masa prin tapotări ușoare (fig. 77). Ridurile „laba gîștei" se masează descriind cercuri mici (se lucrează cu ambele mîini) pornind de la colțul ochilor în spre tîmple (fig. 78). Masajul nasului se execută prinzînd nasul între degetul mare și arătător (fig. 79). Masajul obrajilor îl vom executa pornind de la mijlocul feței înspre pometi și tîmple (fig. 80) sau prin tapotări repezi (fig. 81). Masajul buzelor se efectuează descriind de-a lungul buzelor două arcuri (fig. 82). Cutele din șanțul

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 70. — Direcția mișcărilor la masajul facial.

Fig. 71. — Aplicarea cremei pe față.

Fig. 72, 73, 74, 75. — Masajul frunții.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 76, 77. — Masajul pleoapelor.

Fig. 78. — Masajul ridurilor „laba gîştei".

Fig. 79. — Masajul nasului.

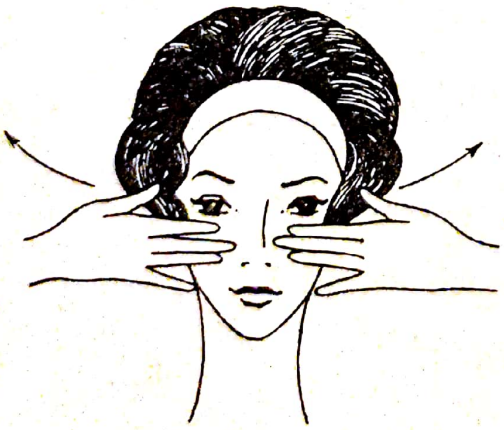


Fig. 80, 81. — Masajul obrajilor.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 82. — Masajul buzelor.

Fig. 83. — Masajul cutelor din șanțul nazo-labial.

Fig. 84. — Masajul regiunii maxilare.

Fig. 85. — Masajul bărbiei.

Fig. 86. — Masajul bărbiei duble.

Fig. 87. — Masajul gîtului.

Scanned with OKEN Scanner

nazo-labial vor fi masate prin ciupire, folosind în acest scop degetul mare și arătător (fig. 83). Pentru regiunea maxilară vom folosi degetele arătător și mijlociu, mișcarea pornind de la bărbie de-a lungul maxilarului pînă la ureche (fig. 84). Masajul bărbiei îl vom executa cuprinzînd bărbia între degetul arătător și degetul mare (fig. 85). Bărbia dublă va fi masată prin mișcări repezi executate cu dosul palmelor — lucrează ambele mîini (fig. 86). Masajul gîtului se execută cuprinzînd gîtul între degetul mare și celelalte degete pornind de sus, de sub bărbie înspre decolteu (fig. 87).

Fața, ochii, gîtul fac gimnastică

Gimnastica feței constituie un mijloc prețios pentru păstrarea elasticității pielii, activarea circulației sîngelui, antrenarea grupelor de mușchi lăsați prea mult în repaus, realizînd nivelarea tegumentelor. Ea nu trebuie executată întîmplător, ci zilnic, timp de cîteva luni, pînă cînd vom ajunge să antrenăm și mușchii mai puțin solicitați.

În acest scop vom executa următoarele exerciții :

Exercițiul I : ridicați sprîncenele la maximum, apoi le coborîți brusc (indicat pentru ridurile verticale de pe frunte — fig. 88).

Exercițiul al II-lea : lărgiți forțat nările și gura, apoi țuguiați buzele ca și cum ați fluiera un cîntec (indicat pentru ridurile din șanțul nazolabial — fig. 89).

Exercițiul al III-lea : inhalați mult aer pe care îl treceți cînd într-o parte, cînd în alta a gurii, apoi încet dați drumul la aer (pentru întărirea mușchilor de pe pomeți — fig. 91).

Exercițiul al IV-lea : deschideți gura pronunțînd de cîteva ori literele O și A (indicat pentru bărbia căzută — fig. 90).

Exercițiul al V-lea : treceți buza inferioară peste cea superioară ținînd capul cît mai pe spate (indicat pentru bărbia dublă — fig. 92).

Toate aceste exerciții se execută zilnic timp de 10 ori.

Gimnastica ochilor poate fi inclusă de asemenea în aceste exerciții.

Exercițiul I : cu capul nemișcat, așezat la circa 1 m de peretele camerei, fixați-vă privirea în colțul drept de sus, o coborîți în jos, apoi de-a lungul parchetului și o ridicați pînă în colțul stîng de sus al peretelui. Executați apoi aceeași mișcare pornind din colțul din stînga, ca să ajungeți în cel din dreapta.

Exercițiul al II-lea : ridicați privirea în tavan, apoi coborîți-o brusc.

Exercițiul al III-lea : uitați-vă în colțul stîng de 10 ori, apoi în colțul drept.

Gimnastica gîtului constă în următoarele exerciții :

Exercițiul I : executați o mișcare de rotire de 360°, de 5 ori pe dreapta și de 5 ori pe stînga.

Exercițiul al II-lea : trageți capul cu bărbia înainte.

Exercițiul al III-lea : muiați o batistă în apă rece, o stoarceți, o împăturiți în 3, ținînd-o de extremități. Printr-o mișcare bruscă îndepărtați mîinile, astfel încît batista să lovească pielea gîtului cu forță.

Exercițiul al IV-lea : puneți o carte în echilibru pe cap și faceți un ocol de mai multe ori în jurul mesei. Repetați exercițiul cu 2 și apoi cu 3 cărți pe cap. Capul rămîne drept, fără a împinge bărbia și a înălța umerii.

16 — c. 184

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 88, 89, 90, 91, 92. — Gimnastica feței.

Măștile cosmetice

Măștile cosmetice constituie un tratament activ, cu efecte imediate asupra stimulării circulației în vasele sanguine, dînd țesuturilor o senzație de prospețime. În urma aplicării lor se produce o mărire a secreției glandelor sudoripare și sebacee, se închid porii, se îndepărtează celulele moarte și în general se repauzează pielea, atenuîndu-se ridurile. Pentru ca să atingem scopul urmărit vom alege masca care se potrivește tenului respectiv, o vom întinde pe fața perfect curățită și vom rămîne într-o stare

Scanned with OKEN Scanner

de relaxare timp de 20—30 de minute, deoarece fiecare mișcare a pielii poate avea ca urmare o atenuare a efectului urmărit. Măștile calde sau

Fig. 93. — Aplicarea măștilor cu ajutorul unei pensule.

reci se aplică cu ajutorul unei pensule (fig. 93).

Ca să mărim capacitatea de asimilare a pielii înainte de aplicarea măștilor, întindem pe față 2—3 comprese călduțe cu infuzie de mușețel sau nalbă pe care le menținem cîteva minute. Părțile din jurul ochilor se lasă libere; ele se ung numai cu o cremă hrănitoare. După aplicarea măștii, pe ochi se pun tampoane de vată îmbibate cu mușețel sau ulei de măsline. Îndepărtarea măștilor se face cu un burete mic sau cu un tampon de vată îmbibat în apă caldă, fără a freca. Se înmoaie mai întîi masca cu grijă, ca să nu întindem pielea, pornind de la extremități spre centrul obrazului. După îndepărtarea completă a măștii aplicăm o compresă rece. Folosirea unei loțiuni tonice este binevenită. Dacă avem tenul uscat îl vom unge cu o cremă grasă.

Măștile pot fi aplicate în mod normal la 2—3 săptămîni. În cazul în care urmărim însă unele rezultate speciale ca, de exemplu, închiderea porilor, folosirea lor poate fi făcută și mai des. Măștile se aplică și pe gît. Ținînd seama că prin aplicarea măștilor putem obține efecte de moment, ele sînt indicate și în anumite ocazii, cînd dorim să arătăm bine. În clasificarea măștilor avem în vedere indicațiile lor pentru diferitele tenuri.

Fardarea — o artă

Fardurile sînt folosite pentru a avantaja anumite părți ale obrazului. Pentru atingerea scopului urmărit trebuie să ne deprindem a ține seama de: vîrstă, lumină (naturală sau artificială), natura tenului, forma obrazului. Nu vom aplica niciodată fard peste fard. Pentru ca un machiaj să țină, fața trebuie curățată, apoi unsă cu cremă grasă, coldcremă sau o cremă de zi. Fardul trebuie ales cu grijă și folosit în mod rațional ca să nu dăuneze. Astfel, avem obligația să îndepărtăm fardul în fiecare seară, folosind în acest scop un demachiant sau prin spălare cu apă și săpun. Și fardurile pentru ochi se îndepărtează prin spălare, fie cu ajutorul unui tampon de vată înmuiat în apă călduță, fie cu o infuzie de mușețel. În comerț există demachiantul pentru ochi „Sanda" cu care putem îndepărta cu ușurință fardul de pe gene și pleoape fără a-l întinde.

Creionul dermatograf va fi folosit pentru creionarea sprîncenelor, trasîndu-se linii care să imite firele de păr. Culoarea va fi cît mai apropiată de nuanța părului. Pentru creionarea pleoapei superioare se va desena o linie cît mai fină de-a lungul pleoapei, iar pentru alungirea ochiului, o linie pornind din colțul extern al ochiului în sus.

Scanned with OKEN Scanner

	TEN USCAT
1. Gălbenuş de ou **Miere de albine** **Untdelemn**	Se prepară amestecînd gălbenuşul cu o linguriţă miere de albine şi o linguriţă untdelemn.
2. Gălbenuş de ou **Ulei de măsline** **Suc de lămîie**	Gălbenuşul de ou se freacă cu o linguriţă de ulei de măsline, iar la sfîrşit se adaugă 5 picături de zeamă de lămîie.
3. Caimac **Căpşuni**	Se strivesc 2 căpşuni proaspete şi bine coapte, se adaugă apoi o linguriţă de caimac. În loc de căpşuni putem folosi fragi.
4. Drojdie de bere **Miere de albine**	25 g drojdie de bere se amestecă cu o linguriţă miere de albine.
5. Tărîţe de grîu **Miere de albine** **Glicerină**	3 linguriţe de tărîţe de grîu se amestecă cu o linguriţă miere de albine şi 1/2 linguriţă glicerină.
6. Parafină solidă **Ulei de parafină uz intern** **Lanolină**	Se topesc pe baie de apă 20 g parafină solidă, 12 g ulei de parafină uz intern şi 8 g lanolină. În loc de lanolină putem adăuga 1 linguriţă de cremă grasă.
	TEN DESHIDRATAT
1. Caimac **Miere de albine**	Se amestecă 2 linguriţe de caimac cu 1 linguriţă miere de albine.
2. Lanolină **Suc de portocale**	Se topeşte pe baie de apă o linguriţă de lanolină cu sucul unei portocale
3. Miere de albine **Suc de portocale**	Se încorporează într-o linguriţă de miere de albine, frecînd mereu, 3 linguriţe suc de portocale.
4. Coji de castraveţi	Fîşiile de la castraveţi proaspeţi se aşează pe faţă, fîşie lîngă fîşie. Deasupra se aplică o bucată de pînză.
5. Suc de morcovi sau de castraveţi **Caolină**	Se amestecă 2 linguri de caolină cu suc de morcovi sau suc de castraveţi pînă se obţine o pastă.
	TEN VESTEJIT
1. Gălbenuş de ou **Ulei camforat**	Se freacă gălbenuşul cu o linguriţă de ulei camforat.
2. Gălbenuş de ou **Ulei de măsline** **Vitamina A**	Gălbenuşul se freacă cu 1 linguriţă ulei de măsline, apoi se adaugă 20 de picături de vitamină A soluţie.
3. Miere de albine **Lăptişor de matcă**	Se încălzeşte uşor pe baie de apă mierea cu lăptişorul de matcă, se aplică călduţă.

Rimelul are drept scop să sublinieze luminozitatea ochilor şi să le intensifice farmecul. Poate fi aplicat cu o periuţă specială înmuiată în apă. Astăzi există un sistem nou, mult mai practic şi mai uşor de folosit, rimelul aplicîndu-se direct cu ajutorul unui tub de metal. Pentru a evita aglomerarea genelor, înainte de aplicarea rimelului le vom pudra uşor.

Scanned with OKEN Scanner

TEN GRAS	
1. Albuş de ou **Suc de lămîie**	Albuşul bătut spumă se amestecă cu 1 linguriţă suc de lămîie, de fragi sau de căpşuni.
2. Albuş de ou **Miere de albine** **Tinctură de benzoe**	Albuşul bătut spumă se adaugă peste 1 linguriţă miere de albine. La sfîrşit se picură tinctura de benzoe (5 picături).
3. Iaurt **Caolină** **Sare de bucătărie**	3 linguriţe de iaurt se amestecă cu 1 linguriţă caolină şi 1 vîrf de cuţit sare fină de bucătărie.
4. Suc de roşii **Caolină**	Se face o pastă din 2 linguri caolină amestecate bine cu suc de roşii proaspăt.
5. Caolină **Glicerină** **Tinctură de benzoe** **Infuzie de muşeţel**	2 linguri de caolină se amestecă cu infuzie de muşeţel în care am adăugat în prealabil 30 de picătură de glicerină şi 10 picături tinctură de benzoe.
TEN CONGESTIONAT	
1. Tărîţe de grîu sau de orz **Lapte** **Miere de albine**	Se umezesc 3 linguri de tărîţe de grîu cu lapte, apoi se adaugă 1 linguriţă miere de albine.
2. Morcovi **Caimac**	Morcovi raşi pe răzătoare mică se amestecă cu 1 linguriţă de caimac.
3. Caolină **Infuzie de muşeţel**	Se amestecă 2 linguri de caolină cu infuzie de muşeţel, pînă obţinem o pastă.
TEN CU PORII DILATAŢI	
1. Drojdie de bere **Suc de lămîie**	20 g drojdie de bere se amestecă cu o linguriţă de suc de lămîie.
2. Caolină **Alaun**	Se amestecă 2 linguri de caolină cu soluţie 2% alaun, pînă se obţine o pastă.
3. Tărîţe de grîu **Lapte crud** **Suc de lămîie**	Peste 3 linguri tărîţe de grîu se toarnă 2 linguri de lapte crud. După o oră se adaugă 2 linguri suc de lămîie.
TEN CU PUNCTE NEGRE	
1. Gălbenuş de ou sau albuş, Făină de porumb.	Gălbenuşul sau albuşul de ou se amestecă cu 2 linguriţe de făină de porumb. După uscare se freacă întîi obrazul cu o pînză uscată, apoi se spală.
TEN PĂTAT	
1. Drojdie de bere **Apă oxigenată** În comerţ există măştile : **Tanofin astringentă** **Tanofin emolientă şi** **Tanofin pe bază de parafină.**	Se amestecă 25 g drojdie de bere cu 2 linguriţe apă oxigenată.

Genele vor părea mai bogate dacă vom efectua două aplicări la interval de 5 minute. La aplicarea rimelului vom ţine gura întredeschisă. Rimelul va fi aplicat numai pe genele superioare, deoarece aplicarea lui şi pe genele inferioare îmbătrîneşte. În mod obişnuit, persoanele blonde vor folosi un rimel maron sau dacă au ochii albaştri, un rimel albastru. Bru-

Scanned with OKEN Scanner

netele vor folosi rimelul negru, iar roșcatele pot folosi și rimelul de culoare verde.

Fardul pentru pleoape. Umbrirea pleoapelor este folosită pentru a da ochilor adîncime și luminozitate. Pleoapele se vor farda numai seara, deoarece ziua imprimă figurii un aer nenatural și chiar ridicol. Nuanța fardului nu trebuie să fie prea deschisă, fiindcă îmbătrînește figura, și nici prea închisă deoarece îi dă un aspect aspru.

Fardul pentru obraz este indicat în cazul tenurilor șterse, gălbui, ofilite. Fardul pentru obraz poate fi uscat sub formă de pudră compactă sau gras sub formă de cremă. Fardul-cremă se aplică înainte de a pudra obrazul, întinzîndu-l perfect, fără contur, nuanțat din ce în ce mai slab. Fardul uscat se aplică după pudrarea obrazului.

Pentru a retușa unele imperfecțiuni vom ține seama de forma obrazului și anume :

Fig. 94, 95, 96, 97.
— Tehnica fardării.

	Oval (Fig. 94)	Rotund (fig. 95)	Lărgit la partea inferioară (fig. 96)	Lărgit la partea superioară (fig. 97)
Fard	În triunghi	Sub ochi, pe pomeți aproape de nas	De la umerii obrajilor spre tîmple	De la umerii obrajilor spre maxilar
Sprîncene	Puternice, puțin arcuite	Discrete, puțin arcuite	Distanțate	Înclinate
Buze	În contur	În contur	Contur normal sau depășit puțin	Gura cît mai mică, atenuîndu-se colțurile cu fond de ten

Pudra. O pudră de bună calitate, conținînd substanțe inofensive, joacă un rol important în protecția pieliii împotriva intemperiilor, în absorbția secrețiilor prea abundente ale glandelor sebacee și sudoripare, în acoperirea diferitelor pete și neregularități ale pielii. La folosirea ei vom ține seama de natura tenului. Un ten uscat va fi pudrat numai după ce în prealabil am aplicat o cremă grasă, iar cantitatea de pudră va fi cît mai mică pentru a nu produce uscăciunea pielii. În cazul tenurilor grase vom aplica o cremă uscată de zi, sau dacă tenul este excesiv de gras vom pudra direct. Pudrarea se va face cu ajutorul pufului sau cu un tampon de vată care va fi schimbat cît mai des. Excesul de pudră se îndepărtează cu ajutorul unei periuțe speciale (fig. 98). Pentru menținerea pudrei pe obraz cît mai mult timp, după pudrare vom aplica pe față o bucată de flanelă sau pînză înmuiată în apă rece și stoarsă bine. Nuanța pudrei va fi cît mai apropiată de culoarea naturală a tenului.

Rujul de buze dă luminozitate obrazului, putînd totodată corecta unele imperfecțiuni ale gurii. Dacă preferăm un ruj mat, vom pudra buzele înainte sau după aplicarea rujului. Dacă, dimpotrivă, ne place

Fig. 98. — Îndepărtarea excesului de pudră.

un ruj lucios vom aplica peste ruj un lac special sau puțină glicerină. Nuanța rujului va fi în armonie cu cea a fardului de obraz, fără a fi în dezarcord cu culoarea îmbrăcămintei.

Părul de prisos

Îndepărtarea surplusului de păr inestetic poate fi efectuată prin depilare, operație care se realizează cu ajutorul depilatoarelor, pe bază de rășini sau pe bază de sulfuri, sau prin procedee electrice. Depilatoarele pe bază de rășini acționează în mod mecanic, prin smulgerea firelor de păr.

Putem prepara un depilator din colofoniu 500 g și ceară galbenă 125 g. Ceara poate fi înlocuită cu parafină solidă. Deoarece operația de smulgere a firelor de păr este dureroasă, persoanele mai sensibile pot adăuga în amestec anestezină în proporție de 2%. Se topesc ingredientele într-o baie de apă, se lasă să se răcească atît cît este necesar (pînă la o temperatură ce poate fi suportată de piele), apoi aplicăm fîșii în direcția creșterii părului (fig. 99). Îndepărtăm fîșia printr-o mișcare bruscă trăgînd-o în sens invers aceluia în care am aplicat-o. După terminarea operației, pielea se dezinfectează cu alcool și se pudrează cu talc. În comerț există depilatorul pe suport textil „Sanda".

Depilatoarele chimice se pot prepara din sulfură de sodiu, calciu,

Scanned with OKEN Scanner

bariu sau stronţiu. Acţiunea lor se datoreşte hidrogenului sulfurat care se degajă în timpul aplicării. Utilizarea acestor depilatoare trebuie făcută cu atenţie, deoarece hidrogenul sulfurat este o substanţă toxică şi poate provoca, printre altele, şi dizolvarea unghiilor. Pentru a preveni asemenea neajunsuri vom aplica depilatorul chimic numai cu mîinile protejate de mănuşi de cauciuc. De asemenea vom avea grijă să stabilim mai întîi pe o porţiune mică timpul necesar pentru depilare şi sensibilitatea pielii, în scopul de a evita iritarea pielii.

Îndepărtarea depilatorului se face spălînd porţiunile respective cu apă rece, acidă (la 1 litru apă, 1 lingură oţet). Se unge apoi pielea cu o cremă de zi şi se pudrează.

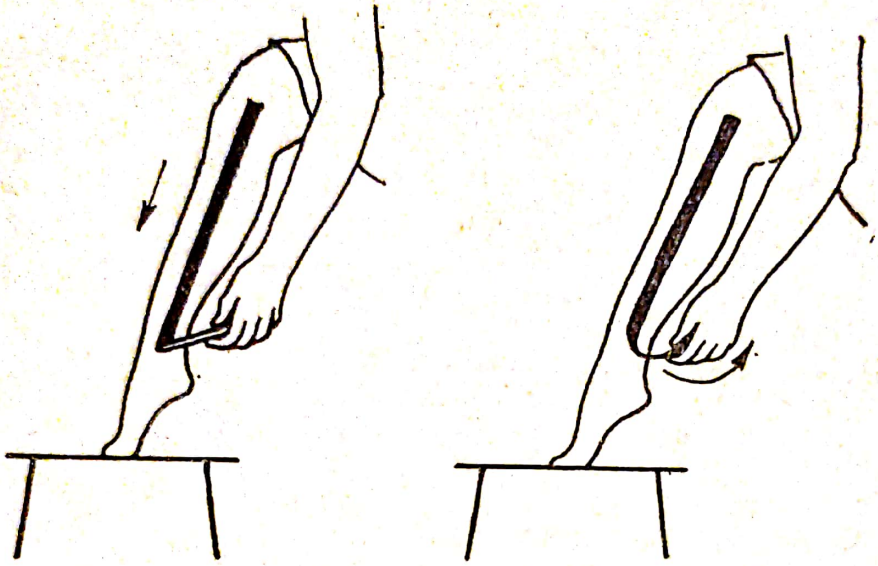


Fig. 99. — Îndepărtarea surplusului de păr prin fîşii adezive.

Iată cîteva formule de depilatoare :

1. Sulfură de stronţiu	**50 g**
Amidon de grîu	**50 g**
2. Sulfură de bariu	**50 g**
Amidon de porumb	**50 g**
3. Sulfură de calciu	**20 g**
Sulfură de stronţiu	**30 g**
Amidon	**30 g**
Talc	**20 g**

Toate aceste depilatoare se folosesc sub formă de pastă, obţinută prin amestecarea prafului respectiv cu apă obişnuită. În comerţ se găseşte depilatorul „Nivea".

Combaterea transpiraţiei

La ieşirea din pori transpiraţia este puţin mirositoare dar, după un timp, mirosul devine neplăcut, datorită descompunerii amoniacale provocată de anumiţi microbi, în special la picioare. Transpiraţia exagerată a picioarelor va fi combătută prin spălarea lor cu apă rece şi săpun — Tri-

Scanned with OKEN Scanner

umf sau Dermin — cel puţin de 2 ori pe zi, urmată de clătirea cu apă cu oţet pentru a împiedica dezvoltarea microbilor care provoacă mirosul neplăcut. Apoi se şterg bine picioarele, se lasă să se usuce şi se pensulează cu o soluţie antisudoripară dezinfectantă şi dezodorizantă :

1.	**Formol**	**10 g**
	Mentol	**1 g**
	Alcool de 70°	**90 g**
2.	**Acid cromic**	**5 g**
	Apă distilată	**95 g**

După 10 minute se recomandă pudrarea picioarelor cu o pudră sicativă, absorbantă şi dezinfectantă : acid salicilic 1 g, acid boric 15 g, oxid de zinc 15 g, talc 70 g. Cu această pudră se va pudra şi talpa ciorapilor.

Dacă pielea picioarelor prezintă crăpături sau rosături se vor evita soluţiile conţinînd formol, preferîndu-se cremele (crema Nivea pentru picioare sau Podeol). Se mai pot folosi pastele cu hexametilentetramină care se aplică pe piele după baia acidă. Sub acţiunea acizilor, acest produs se descompune, punînd în libertate formolul.

În cazul transpiraţiei exagerate a subsuorilor se va urmări în special înlăturarea mirosului neplăcut, în care scop putem folosi soluţia Odorono sau Ideal. Ambele produse vor fi aplicate pe pielea spălată bine cu apă şi săpun şi clătită cu apă acidulată (cu oţet, acid citric). Se lasă să se usuce soluţia, apoi se pudrează cu talc 50 g, amestecat cu acid boric 10 g. Dacă obişnuim să ne radem părul de la subsuori, pentru a evita iritarea, înroşirea sau infectarea acestor regiuni, vom aplica produsele antisudoripare numai după 24 de ore de la terminarea operaţiei sau aplicăm produsul şi apoi radem părul. Aceste regiuni fiind sensibile, vom evita folosirea loţiunilor conţinînd formol. Totodată se va evita purtarea obiectelor de îmbrăcăminte impermeabilă care îngreuiază evaporarea transpiraţiei.

Persoanele al căror obraz transpiră din abundenţă vor loţiona faţa o dată sau de două ori pe zi cu o soluţie conţinînd : apă distilată 250 g, tinctura benzoe 6,5 g, alaun 5 g.

Pentru transpiraţia excesivă a mîinilor vezi capitolul „Îngrijirea mîinilor".

Mîini îngrijite — mîini frumoase

Este bine ca înainte de a începe să executăm diferite treburi gospodăreşti, care implică folosirea unor substanţe chimice, să ne ungem mîinile cu o cremă protectoare (crema „Sanda" pe baza de siliconi fluizi speciali). Dacă pielea mîinilor este aspră se recomandă o baie călduţă cu fiertură de tărîţe de grîu care o înmoaie şi o curăţă. Mîinile cu pielea crăpată necesită o îngrijire specială. Ele pot fi unse cu crema : tanin 1 g, balsam de Peru 2 g, lanolină 10 g, vaselină 20 g, apă 17 g. Pentru a preîntîmpina asprirea sau crăparea pielii vom avea grijă să le protejăm împotriva intemperiilor, să nu ieşim cu mîinile ude în frig, pe vînt, să nu introducem mîinile în apă prea rece sau prea caldă.

Scanned with OKEN Scanner

Este bine să ungem mîinile, de preferință după fiecare spălat, cu preparate pe bază de glicerină :

1.	Gelatină	3 g
	Glicerină	40 g
	Miere de albine	25 g
	Acid salicilic	0,50 g
	Apă	50 g
2.	Glicerină	20 g
	Amoniac	2 g
3.	Stearină	20 g
	Glicerină	30 g
	Amoniac	8 g
	Apă	140 g
4.	Făină de in, miere de albine și talc cîte o linguriță, amestecate cu apă oxigenată pînă obținem o pastă.	

Preparatele cu glicerină se aplică pe pielea ușor umezită.

În cazul transpirației excesive a mîinilor putem folosi următoarele loțiuni :

1.	Formol	12 g
	Perhidrol	1 g
	Apă distilată	87 g
2.	Formol	10 g
	Mentol	0,20 g
	Alcool	10 g
	Apă distilată	80 g

În același scop, mîinile vor fi pudrate de mai multe ori pe zi cu o pudră conținînd : acid salicilic 1 g, talc 40 g, oxid de zinc 30 g, licopodiu 20 g, acid boric 10 g, ulei de lavandă 0,50 g.

Părul de pe brațe poate fi decolorat cu pastă preparată din 3 linguri apă oxigenată, 1 lingură amoniac și 1 lingură talc. Dacă la coate avem pielea îngroșată cu aspect granulos putem obține ameliorarea introducînd coatele de 2 ori pe săptămînă timp de 5 minute în ulei călduț.

Îngrijirea mîinilor presupune și îngrijirea unghiilor, menținerea lor în stare de curățenie perfectă. În acest scop vom freca zilnic unghiile cu o perie specială, iar o dată pe săptămînă ele vor fi tăiate, pilite și curățate de pielițe. Porțiunile îngroșate din jurul unghiilor se freacă cu piatră ponce, după ce le-am ținută în apă caldă cu săpun timp de 5 minute. Cînd unghiile sînt uscate și friabile le vom introduce zilnic în soluție de alaun 1—2% sau în untdelemn călduț. În comerț există ulei special pentru îngrijirea unghiilor, conținînd vitamină F, vitamină A, ulei de germeni de porumb, substanțe care ajută la tonificarea țesutului cornos.

Gimnastica mîinilor. Pentru menținerea supleței încheieturilor de la degete, pentru activarea circulației și preîntîmpinarea degerăturilor, sînt indicate anumite exerciții de gimnastică a mîinilor. Astfel, așezate cu coatele pe masă executăm următoarele mișcări :

Exercițiul I : cu degetele îndreptate în sus, îndoim degetele cît mai aproape de încheietură (fig. 100, stînga sus).

Exercițiul al II-lea : cu coatele fixate pe masă lăsăm să cadă mîinile înainte și înapoi (fig. 101, dreapta sus).

Exercițiul al III-lea : resfirăm la maximum degetele ca și cum am vrea să cîntăm la pian, apoi printr-o mișcare bruscă strîngem pumnii (fig. 102, stînga jos).

Exercițiul al IV-lea : cu coatele fixate pe masă descriem în jurul încheieturii cercuri cît se poate de mari (fig. 103, dreapta jos).

Scanned with OKEN Scanner

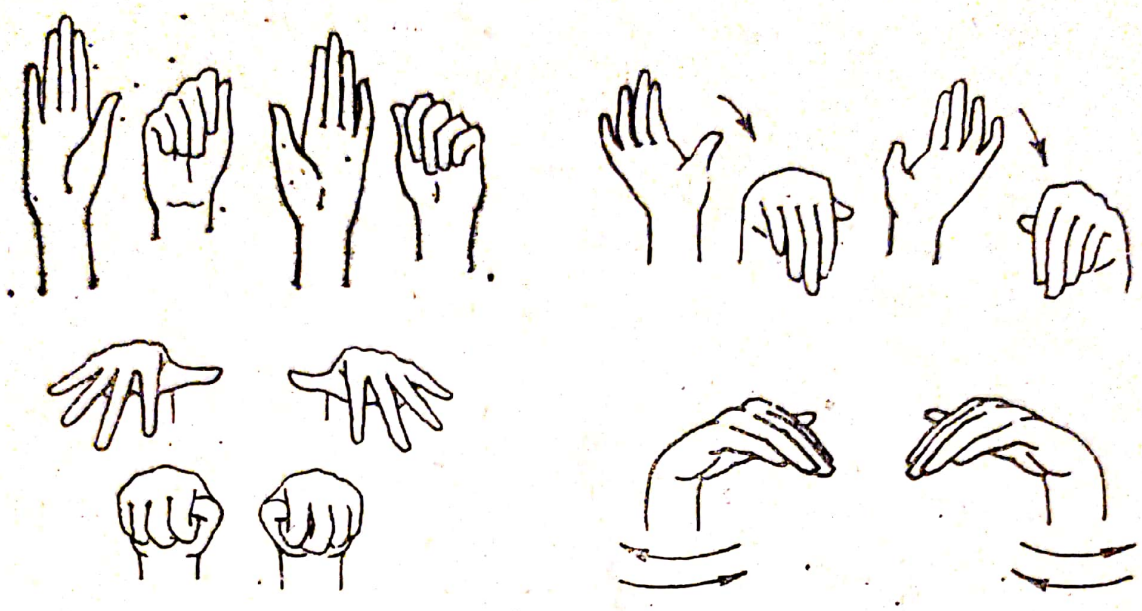


Fig. 100, 101, 102, 103. — Gimnastica mîinilor.

Îngrijirea părului

Un obiectiv important în îngrijirea părului este menţinerea funcţiei normale a glandelor sebacee ale pielii, în care scop trebuie asigurată în primul rînd curăţirea şi hrănirea pielii capului. Spălatul joacă un rol deosebit, dar măsurile pe care trebuie să le luăm diferă după natura părului : gras, uscat sau normal.

Părul gras, unsuros, din cauza unei secreţii excesive de sebum, nu trebuie spălat prea des, cum obişnuiesc multe persoane, deoarece, în acest caz, glandele respective devin din ce în ce mai active, starea seboreică agravîndu-se. Cel mai indicat este să fie spălat la 7—10 zile cu apă şi săpun sau cu un şampon special (şamponul Savex). Dacă folosim săpunul, vom avea grijă să nu-l frecăm direct pe păr, deoarece se fixează pe fire şi este greu de îndepărtat chiar după mai multe clătiri. Menţinerea săpunului pe păr are consecinţe grave, provocînd în ultimă analiză căderea acestuia. Cel mai indicat este să dizolvăm puţin săpun în apă sau să frecăm un burete mic cu săpun, apoi să tamponăm rădăcina rînduri, rînduri, fricţionînd cu pulpa degetelor, astfel încît toată suprafaţa pielii capului şi părului pe toată lungimea lui să fie impregnată cu spuma respectivă. Ne putem prepara şi un şampon din 100 g lemn de Panama la 1 litru de apă. Se fierbe timp de 10 minute, se filtrează, se adaugă apoi un glăbenuş de ou, se bate cu furculiţa şi se amestecă cu 2 linguri de rom. Apa de spălat va fi călduţă, evitîndu-se apa rece sau prea caldă. Apa dură, calcaroasă, formează cu săpunul obişnuit un săpun de calciu insolubil care înăspreşte părul. De aceea, dacă avem posibilitatea, este bine să-l spălăm cu apă de ploaie. Se clăteşte în mai multe ape, iar în ultima se adaugă sucul de la 1/2 lămîie sau o lingură de oţet.

Părul uscat, lipsit de grăsime datorită secreţiei insuficiente de sebum, va fi spălat la 2—3 săptămîni cu şam-

Scanned with OKEN Scanner

poane destinate părului uscat, ca șampon-cremă Favorit, șampon fluid Extra, pe bază de lanolină, șampon Extra pe bază de gălbenușuri, care prezintă și avantajul de a avea pro-

Fig. 104. — Masajul părului.

prietăți emoliente și cu efecte favorabile pentru hrănirea părului. Un șampon pe bază de gălbenușuri putem prepara din 2 gălbenușuri bătute bine cu 30 g rom și 1/2 litru apă. Pentru suplinirea grăsimii insuficiente, mai ales dacă părul este și subțire, se recomandă să-i facem o baie de ulei cald cu o oră înainte de spălat. În cazul părului excesiv de uscat se pot folosi și briantine. Briantina se aplică pe partea dinspre vîrf, la rădăcină firul fiind în general mai gras.

Folosirea loțiunilor alcoolice concentrate și a apei de colonie nu este recomandată pentru nici un fel de păr.

Părul normal pretinde nu numai curățirea lui, dar și folosirea unor preparate care să-l întărească și să-l hrănească cu o concentrație în alcool de maximum 60%. În comerț se găsește o gamă întreagă de preparate destinate hrănirii părului, ca: loțiunea tonifiantă Tonichinin, loțiunea Capillon și tonicul Călin.

Masajul părului va fi efectuat după următoarea metodă: cu coatele pe masă, cu ambele mîini pe cap, cu degetele resfirate, executăm un masaj în profunzime, la început de la ceafă spre frunte prin mișcări circulare și apoi de la frunte în spre vîrful capului. Ultima mișcare va porni de la tîmple în sus (fig. 104).

Un masaj zilnic de 5—10 minute este suficient pentru a asigura vigoarea părului, mai ales dacă vom folosi și o loțiune tonică (circa 20 de picături).

Periatul părului se efectuează periind părul în toate sensurile începînd de la ceafă în spre vîrf, apoi de la stînga la dreapta și invers; 10 mișcări de perie executate fără brutalitate sînt suficiente pentru aerisirea și eliminarea impurităților depuse în timpul zilei. Peria din păr de porc este mai indicată decît aceea de nylon. Dacă părul este seboreic, vom spăla peria la 2 zile într-o soluție de amoniac (1 linguriță la 1 litru apă) și o vom clăti apoi cu apă obișnuită. Peria și pieptenele vor fi menținute în stare de perfectă curățenie, în săculețe de nylon. O metodă simplă și eficace de curățire a părului este și aceea de a-l pieptăna cu un pieptene între dinții căruia se pun bucăți de vată, toate impuritățile rămînînd pe ele. În anumite cazuri de cădere a părului vom renunța la periat.

Pentru menținerea ondulațiilor se vor folosi fixative, ca fixativul Sanda sau următoarea formulă:

Gumă tragacanta	**1,5 g**
Gumă arabică	**0,5 g**
Alcool	**20 g**
Apă distilată	**100 g**

Vopsirea părului. Hotărîrea de a ne vopsi părul poate fi luată numai în cazul în care posedăm un păr perfect sănătos și robust, dacă avem po-

Scanned with OKEN Scanner

sibilitatea să ne vopsim la intervale egale și dacă nu se constată o hipersensibilitate specială față de substanțele colorante folosite în acest scop. Este indicat să facem mai întîi un test de întrebuințare, aplicînd puțină vopsea la plica cotului, după ce am șters bine porțiunea respectivă cu alcool. Se lasă să se usuce, se aplică din nou, iar după 48 de ore se spală. Dacă nu a survenit nici un fel de reacție (roșeață, mîncărime) putem trece fără grijă la vopsitul părului. În cazul în care nu am făcut acest test și avem o intoleranță la vopsea se pot ivi neplăceri. Decolorarea excesivă a părului cu perhidrol prezintă dezavantajul că după o anumită perioadă de timp părul se slăbește, se subțiază, devine friabil, pierde din luciu și elasticitate. În acest caz, el trebuie hrănit și îngrijit prin măsuri deosebite.

Pentru a păstra culoarea blondă putem folosi o infuzie de 100 g flori de mușețel la 1 litru apă. Culoarea închisă o putem realiza cu tinctură de coji de nuci verzi, preparată prin macerarea timp de 15 zile a 200 g coji de nuci verzi, strivite în 300 g alcool de 70°. Soluția se filtrează prin tifon. Se mai poate prepara și prin macerarea timp de 2 zile a 200 g coji de nuci verzi cu 10 g alaun și 500 g apă, după care se filtrează și se adaugă 100 g alcool de 70°.

Folosirea regeneratoarelor este de asemenea un procedeu foarte des practicat. Cele mai utilizate sînt regeneratoarele pe bază de nitrat de argint și pe bază de săruri de plumb, ca :

1.	Argint nitric	3 g
	Acid citric	4 g
	Cupru sulfuric	4 g
	Amoniac soluție	30 g
	Apă distilată	90 g
2.	Sulf	4 g
	Amoniu clorat	2 g
	Pb acetic	2 g
	Glicerină	2 g
	Apă distilată	200 g
	Alcool	25 g

Aceste regeneratoare se vor folosi cu prudență, în special regeneratorul pe bază de plumb, deoarece după un timp pot provoca o intoxicație cronică cu plumb, manifestată prin dureri de cap, anemie, lipsă de poftă de mîncare, înnegrirea dinților și chiar iritația pielii capului și obrazului.

Pe scară largă se folosesc astăzi șampoanele de nuanțare, care se aplică la spălatul părului și care se pot îndepărta printr-o simplă spălare.

Scanned with OKEN Scanner

14

Igiena sexuală

- Sarcina 254
- Naşterea 260
- Lăuzia 261
- Întreruperea şi prevenirea sarcinii 263
  - Avortul spontan 263
  - Avortul provocat 264
  - Mijloacele anticoncepţionale 265
- Bolile aparatului genital la femeie 267
- Bolile aparatului genital la bărbat 269
- Bolile venerice 269
  - Sifilisul 269
  - Blenoragia 272
  - Limfogranulomatoza inghinală 273
  - Şancrul moale 273
  - Prevenirea şi combaterea bolilor venerice 274

Sarcina

Sarcina este starea în care se află femeia din momentul fecundaţiei pînă la expulzarea produsului de concepţie. Sarcina se numeşte uterină (normală), cînd oul se grefează şi se dezvoltă în cavitatea uterină, şi extra-uterină, cînd grefarea se face în afara cavităţii uterine. Sarcina durează în medie 280 de zile. Data probabilă a naşterii se stabileşte în raport cu data ultimei menstruaţii. Dintre semnele sarcinii, cele mai importante sînt : a) încetarea menstruaţiei (în cazuri rare femeia însărcinată poate să aibă una sau două luni sîngerări care pot fi interpretate drept menstruaţii) ; b) greţuri, salivaţie exagerată, vărsături, lipsa poftei de mîncare (unele femei nu mai suportă mirosul de tutun, de mîncare sau parfumurile) ; c) uterul se dezvoltă, din care cauză abdomenul se măreşte cu cît sarcina înaintează.

Sarcina poate fi unică, atunci cînd în cavitatea uterină se află un singur făt, sau multiplă, cînd se dezvoltă în acelaşi timp doi sau mai mulţi feţi. La specia umană, numărul cel mai mare de feţi cunoscut pînă acum a fost de 5. Cea mai frecventă este sarcina gemelară sau dublă, care apare în proporţie de aproximativ 1% faţă de sarcinile unice. Sarcina gemelară rezultă în 85% din cazuri prin fecundarea a două ovule ajunse la maturitate în acelaşi timp de către doi spermatozoizi. Sarcina aceasta se numeşte bivitelină, deoarece există două placente, cu două pungi amniotice. Feţii pot fi de ace-

Scanned with OKEN Scanner

lași sex sau de sex diferit. În 15% din cazuri, sarcina gemelară provine dintr-un singur ovul fecundat, care la începutul dezvoltării sale se dedublează, formînd două ouă. În acest caz, copiii sînt totdeauna de același sex și perfect asemănători între ei. La naștere, de obicei, unul este mai greu decît celălalt. Ei se nasc unul după altul la interval de 20—30 de minute și în general sînt sub greutatea normală, de aceea necesită îngrijiri speciale după naștere.

Sarcina patologică. În timpul evoluției sarcinii, echilibrul care există între mamă și făt se poate rupe, apărînd tulburări cu manifestări și intensități diferite. În prima jumătate a sarcinii, ele se manifestă prin grețuri sau vărsături, care pot uneori fi rebele la tratament și atunci, pentru salvarea mamei se impune întreruperea sarcinii. Formele acestea grave de vărsături trebuie neapărat tratate în spital. În a doua jumătate a sarcinii, disgravidiile se manifestă prin apariția albuminei în urină, edeme, creșterea tensiunii, simptome care trădează prezența leziunilor renale. O formă gravă de disgravidie în ultimul trimestru al sarcinii este eclampsia, care pe lîngă simptomele descrise mai sus se caracterizează prin apariția de convulsii asemănătoare celor din crizele epileptice. În timpul acceselor eclamptice, gravida își poate mușca limba, de aceea, ca prim ajutor pînă la venirea medicului se introduce între dinții bolnavei coada unei linguri (de preferință din lemn), înfășurată în tifon. Apoi gravida va fi așezată într-o cameră întunecoasă și liniștită, fiind supravegheată îndeaproape. Uneori accesele de eclampsie pot provoca moartea fătului. De aceea, gravida eclamptică după primele ajutoare primite la domiciliu, trebuie internată în spital. Pentru prevenirea eclampsiei, tulburările sarcinii trebuie remarcate și tratate de la început. Sînt utile și regulile de igienă din paginile ce urmează.

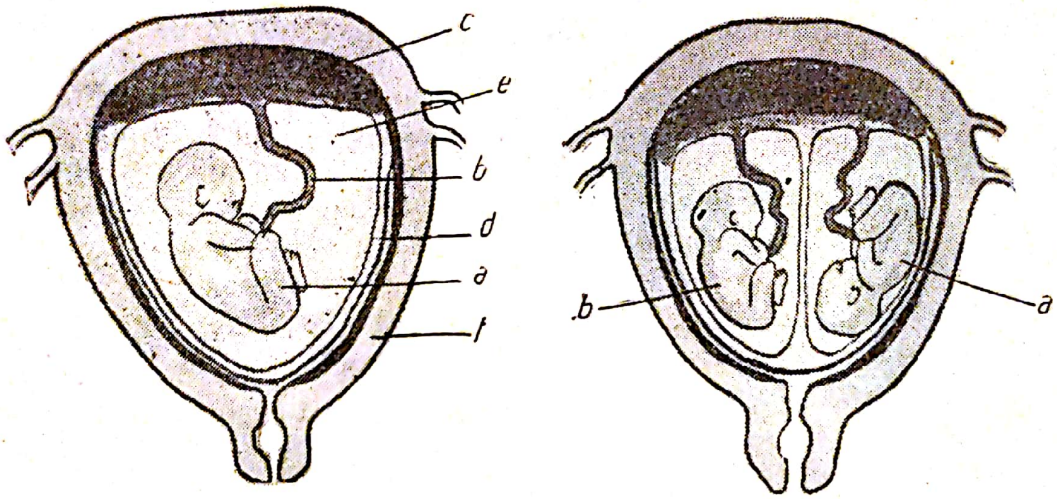


Fig. 105. — Situația fătului în cavitatea uterină. *Stînga, făt unic:* a) făt; b) cordon ombilical; c) placentă; d) membrane amniotice; e) lichid amniotic; f) peretele uterin. *Dreapta, gemeni:* a) făt în prezentație craniană (cu capul în jos); b) făt în prezentație pelviană.

Sarcina extrauterină rezultă din fixarea anormală a oului în afara cavității uterine. Această fixare se produce cel mai frecvent în diferitele porțiuni ale trompei și mult mai rar

Scanned with OKEN Scanner

pe ovar, în cavitatea abdominală. Cauzele care împiedică trecerea ovulului fecundat din trompă în cavitatea uterină, sînt numeroase. Cele mai frecvente fiind inflamațiile, rezultă că profilaxia sarcinii extrauterine constă și în evitarea acestor inflamații, respectînd riguros normele de igienă sexuală. Prezența unei sarcini extrauterine se manifestă, pe lîngă simptomele obișnuite ale unei sarcini (grețuri, salivație abundentă, vărsături) și prin dureri abdominale violente și uneori pierderi de sînge prin vagin. Oul fixat în trompă poate provoca, la un moment dat, în urma destinderii trompei, ruperea acesteia. Ruperea trompei este însoțită de dureri mari, fenomene de hemoragie internă, stare de leșin și chiar moarte prin hemoragie. De aceea, orice femeie care observă semne ca acelea descrise mai sus este obligată, în interesul sănătății sale, să facă o vizită medicului de specialitate. Numai operația la timp poate salva viața femeii.

Deși o stare absolut normală, sarcina poate produce în organismul femeii o serie de tulburări care pot fi evitate prin respectarea riguroasă a anumitor reguli de igienă.

În primul rînd medicul este acela care trebuie să confirme prezența sau absența sarcinii. Apoi, femeia trebuie să afle dacă starea sănătății îi permite să păstreze sarcina sau nu. În sfîrșit, la consultațiile periodice, care în primele luni de sarcină se execută lunar, medicul urmărește felul cum este tolerată sarcina prevenind și tratînd toate eventualele manifestări anormale. În cadrul acestor consultații se examinează în mod amănunțit inima femeii, care în timpul sarcinii și al nașterii va trebui să facă față unor eforturi sporite, plămînii, rinichii și ficatul mai ales la femeile care au avut cîndva, în trecut, vreo afecțiune a acestor organe. În plus, se execută o serie de analize de laborator. Se face, de exemplu, de la început, analiza Wassermann. În timpul sarcinii această analiză poate da rezultate eronate și de aceea repetarea ei se poate dovedi necesară.

Numărătoarea globulelor roșii și albe și dozarea cantității de hemoglobină se execută și ea periodic, dacă este cazul, deoarece în cursul sarcinii se pot produce anemii care, dacă nu sînt corectate la timp, pot afecta serios sănătatea mamei. Grupul sanguin și Rh-ul, dacă nu sînt cunoscute dinainte, trebuie cercetate neapărat la femeia gravidă, întrucît în timpul sarcinii sau al nașterii se pot dovedi necesare. Examenul de urină se face periodic, la început mai rar, iar în ultimele luni de sarcină, la două săptămîni. În urină se cercetează mai ales apariția albuminei. Urmele nedozabile nu au semnificație patologică deoarece ele provin deseori din secrețiile vaginale. Cînd cantitatea de albumină crește, este semn că se poate instala o complicație serioasă a sarcinii. Examenul secrețiilor vaginale are drept scop depistarea infecțiilor cu trichomonas sau gonococ. Depistarea gonococului, microbul blenoragiei, are foarte mare importanță deoarece în timpul nașterii, copilul se poate infecta la ochi, îmbolnăvindu-se de oftalmie gonococică care, dacă nu e tratată, duce la orbire.

Tensiunea arterială se măsoară cu ocazia fiecărei examinări. În mod normal se înregistrează o creștere moderată a tensiunii în cursul ultimelor luni de sarcină, care nu are o semnificație patologică.

Cîntărirea gravidei în fiecare lună este de asemenea obligatorie. În mod normal, pînă la sfîrșitul sarcinii, fe-

Scanned with OKEN Scanner

meia trebuie să crească în greutate în medie cu 12 kg. Creșterile mai mari în greutate indică o reținere de apă care trebuie corectată prin regim alimentar și tratament medicamentos.

În afară de aceste examinări și analize, scopul principal al consultațiilor prenatale este urmărirea felului cum evoluează sarcina. Prin palparea uterului gravid, medicul poate constata dacă sarcina se dezvoltă normal. În ultima lună de sarcină se stabilește cu precizie poziția fătului în uter. De asemenea se examinează bazinul gravidei, deoarece dimensiunile și forma lui, ca și poziția fătului, sînt hotărîtoare pentru desfășurarea nașterii.

Femeia gravidă are o stare sufletească mai deosebită, este mai iritabilă și suportă mai greu emoțiile. Atît soțul și familia cît și tovarășii de muncă trebuie să țină seama de starea deosebită în care se află și s-o menajeze. Trebuie creată o atmosferă de optimism, de bună înțelegere. Lecturile triste, veștile proaste, filmele și spectacolele deprimante nu aduc nici un folos. Femeia trebuie să privească cu încredere dezvoltarea sarcinii și să aștepte în liniște desnodămîntul. O bună igienă psihică asigură o dezvoltare normală a sarcinii și un făt sănătos, în timp ce o viață agitată, neliniștită, cu abuzuri poate duce la avort sau naștere prematură.

Gravida trebuie să doarmă 7—8 ore noaptea și să se odihnească cel puțin o oră sau două după masa de prînz. Ea nu trebuie să-și întrerupă activitatea obișnuită, cel puțin în prima parte a sarcinii. Condițiile de muncă obișnuite nu trebuie schimbate decît dacă prin natura lor (eforturile fizice exagerate, statul prelungit în picioare, trepidații, prezența unor substanțe chimice) pot influența evoluția sarcinii. Se poate merge pînă la schimbarea temporară a locului de muncă, atunci cînd se observă anumite tulburări. Muncile gospodărești obișnuite nu sînt contraindicate pentru gravidă. Sportivele pot continua antrenamentele, cu excepția celor care necesită eforturi mari (schiul, săriturile, înotul de viteză) dar nu se recomandă să participe la competiții. Băile la ștranduri și la mare sînt permise cu moderație în primele luni, ca și plaja în orele de dimineață cînd soarele nu este prea puternic. Mersul pe jos, mai ales în ultimele luni, este recomandabil pentru femeia gravidă. Gimnastica medicală specială pentru gravide, avînd ca scop mărirea capacității respiratorii și dezvoltarea mușchilor abdomenului se poate executa pînă în ultima zi de sarcină, exceptînd cazul în care femeia are contracții uterine sau mici pierderi de sînge. Călătoriile în timpul sarcinii se pot face în primele șapte luni cu orice mijloc de transport confortabil. În ultimele două luni nu se recomandă ca gravida să călătorească cu nici un vehicul deoarece călătoria poate să fie un factor declanșator al nașterii.

De cantitatea și mai ales de calitatea alimentelor consumate de gravidă depinde buna dezvoltare a fătului. Dacă în alimentație nu există substanțele necesare dezvoltării fătului, toate aceste substanțe vor fi luate din rezervele mamei care slăbește, se anemiază. În alimentația unor gravide se observă două tendințe diametral opuse și deopotrivă de nefondate științific : supraalimentația și subnutriția. Regimul alimentar al gravidei nu trebuie să difere în linii mari de cel dinaintea sarcinii. El trebuie să conțină toate principiile nutritive : proteine (carne, pește, ouă, lapte și derivate), glucide (dulciuri, cereale, paste făinoase), grăsimi (unt,

untdelemn, margarină), săruri minerale (calciu, fosfor, fier) și vitamine. Alimentația unilaterală, capricioasă, pe baza unor alimente preferate este dăunătoare, deoarece carențează organismul. Chiar dacă aportul cantitativ este suficient, trebuie reținut că un aliment nu poate fi înlocuit cu un altul, fără unele riscuri.

În prima parte a sarcinii, cînd apar grețuri și uneori chiar vărsături, gravida va mînca cu precădere alimente ușoare, pe care le tolerează, mai des, cîte puțin, ingerînd mai multe lichide. În partea a doua a sarcinii tulburările digestive dispar, gravida manifestînd o poftă de mîncare remarcabilă căreia nu este bine să-i dea frîu liber.

Proteinele constituie principiul alimentar de bază, deoarece ele servesc la plămădirea fătului (între luna a 7-a și a 9-a, el își dublează greutatea). Gravida are nevoie de 100 g de proteine pe zi, cu 20 g mai mult decît adultul normal. Această cantitate este asigurată dacă consumă 125 g de carne, 2 ouă și ½ litru de lapte sau derivate ale lui (iaurt, brînză proaspătă) pe zi. Aceasta nu înseamnă că meniul ei trebuie să fie mereu același. Ținînd seama că la 100 g de aliment, carnea de vacă conține cam 20 g de proteine, brînza cam 16 g, peștele 15 g, un ou 6 g, pîinea 8 g, mazărea și fasolea 25 g, femeia poate să-și alcătuiască singură un meniu care să-i aducă zilnic cantitatea de proteine necesare. Lipsa proteinelor în alimentația gravidei produce diferite tulburări. Copilul se poate naște cu greutate subnormală și semne de debilitate. Grăsimile și glucidele nu sînt necesare în cantități mai mari ca de obicei.

Tot timpul sarcinii, gravida va evita alimentele prea sărate iar începînd din luna a șaptea de sarcină, gravida va reduce treptat cantitatea de sare din alimentație, pentru ca în ultimele două săptămîni de naștere să mănînce pe cît posibil nesărat pentru a se feri de reținerea de apă care produce infiltrația tuturor țesuturilor, inclusiv a uterului și a perineului : uterul imbibat cu apă se contractă mai greu în timpul nașterii, iar perineul infiltrat se rupe mai ușor în timpul expulziei.

Vitaminele sînt indispensabile în alimentația femeii gravide. Indicații în legătură cu consumul lor reies din tabelul de la p. 259.

Femeile care înainte de sarcină respectau un regim alimentar dictat de vreo afecțiune digestivă (colită, colecistită) își vor adapta regimul alimentar, ținînd seama de intoleranța pe care o au la anumite alimente și de indicațiile medicului. Cele care suferă de constipație trebuie să consume mai multe crudități, care ajută la evacuarea intestinului. Se mai pot folosi ceaiuri laxative, ulei de parafină, laxative ușoare, dar în nici un caz purgative drastice, care pot declanșa un avort.

Pielea trebuie îngrijită în mod deosebit în timpul sarcinii pentru a ușura îndeplinirea funcțiilor acestui important organ.

Băile călduțe cît mai dese dar scurte sînt absolut necesare în timpul sarcinii, deoarece gravida transpiră mult. În ultimele două luni se preferă dușurile călduțe. Băile prea reci sau prea fierbinți pot declanșa contracții uterine. Se recomandă ca săpunul obișnuit să fie înlocuit cu un săpun neiritant, cum este săpunul de bărbierit sau săpunul special pentru copii. Masajul cu un prosop aspru după baie activează circulația și mărește supleța pielii. Ungerea pielii cu diverse creme este inutilă, adesea chiar periculoasă, favorizînd apariția infecțiilor.

Scanned with OKEN Scanner

Vitamina	Unde se găseşte	Ce tulburări produce lipsa din organism
A	Unt, ficat, gălbenuş de ou, spanac, morcov, pătlăgele roşii.	Infecţii oculare şi de piele. În perioada de început a sarcinii lipsa vitaminei agravează vărsăturile.
B	Carne de porc, ouă, nuci, drojdie de bere, varză, spanac, pîine integrală	Edeme, lipsa poftei de mîncare, nevralgii.
C	Toate fructele şi legumele crude şi în lapte. Fructele citrice, roşiile şi ardeii graşi conţin o mare cantitate. Iarna şi primăvara este necesară completarea cantităţii de vitamină C luată prin alimente cu tablete de vitamina C 200 cîte 2—3 tablete pe zi.	Scăderea rezistenţei organismului la infecţii, producerea anemiei, oboseală accentuată, hemoragii gingivale şi în unele cazuri, chiar avorturi.
D	Gălbenuş de ou, lapte, unt şi smîntînă, ficat, untură de peşte. Sub influenţa razelor de soare, organismul uman îşi fabrică singur cantitatea de vitamina D necesară ; în lunile de iarnă gravida are nevoie de un adaus de vitamină D sub formă de tablete sau picături.	Tulburări în formarea scheletului fetal, decalcifierea scheletului mamei.
E	Legumele verzi, cereale, zarvaturi, lapte şi unt. La femeile cu tendinţa la sîngerare şi avort, cantitatea ingerată prin alimente trebuie completată prin tablete şi injecţii.	Avorturi spontane.
K	Carne slabă, ficat.	Hemoragii, întîrzieri în coagularea sîngelui.

Îngrijirea sînilor are drept scop pregătirea lor în vederea alăptării. Din a doua jumătate a sarcinii, sînii se masează zilnic cîteva minute cu un prosop aspru, iar seara regiunea mamelonară se unge cu o cremă cu lanolină. Dacă mameloanele nu sînt bine dezvoltate sau sînt înfundate, ele se masează uşor între degete. Deoarece sînii se dezvoltă mult în timpul sarcinii, este bine ca ei să fie susţinuţi într-un sutien nu prea strîmt.

Igiena organelor genitale trebuie să se bucure de un plus de atenţie. În timpul sarcinii se produce în mod obişnuit o creştere a secreţiilor vaginale care, de cele mai multe ori, nu are nici o semnificaţie patologică. Totuşi, prin abundenţa lor, ele pot irita organele genitale. Toaleta externă cu apă călduţă şi săpun, de două-trei ori pe zi şi după fiecare scaun, previne aceste neajunsuri. Spălăturile vaginale sînt strict interzise fără avizul medicului deoarece pot declanşa contracţii uterine. Femeile care transpiră mai mult se pot pudra cu talc pe faţa internă a coapselor şi regiunea din jurul organelor genitale externe pentru a evita iritaţiile.

Contactul sexual este permis în timpul sarcinii, dar trebuie rărit şi cu

Scanned with OKEN Scanner

tot mai multe menajamente. În ultimele două luni raporturile sexuale sînt riscante, deoarece pot declanșa nașterea.

Pentru îngrijirea dinților gravida se va prezenta periodic la controlul stomatologic, cu scopul de a descoperi și trata din pripă cariile ivite.

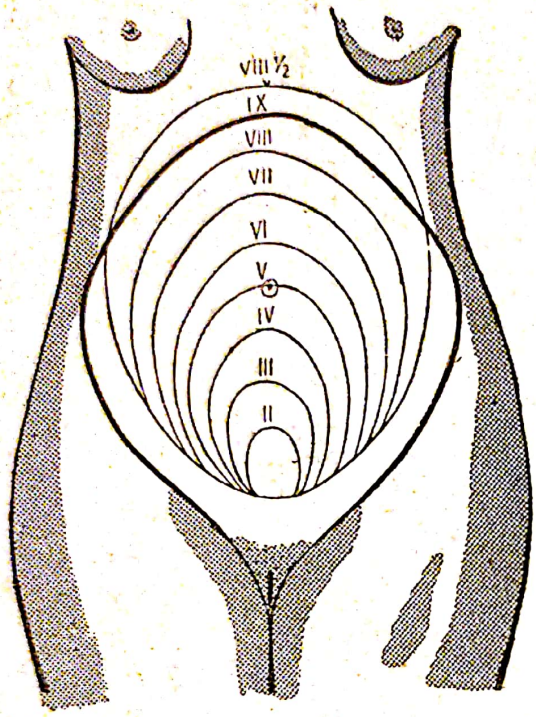


Fig. 106. — Înălțimea fundului uterului la diferite vîrste ale sarcinii. Cînd fundul uterului începe să coboare înseamnă că nașterea se poate produce de la o zi la alta.

Îmbrăcămintea gravidei, ca să fie igienică, trebuie să se conformeze anumitor norme : să fie comodă, pentru ca să nu împiedice circulația sîngelui și adaptată la anotimp. Rochia sac este cea mai indicată. Ea trebuie să se sprijine pe umeri și să nu fie strînsă cu cordon în talie. Ciorapii vor fi prinși de o centură abdominală, nu cu jartiere care favorizează apariția varicelor. Rufăria de corp va fi schimbată mai des deoarece transpirația este mai abundentă în timpul sarcinii. Femeile obișnuite să poarte tocuri înalte vor purta tocuri ceva mai joase și mai groase, pentru a avea mai multă stabilitate în mers.

Centura de sarcină special confecționată nu este necesară decît din luna a VII-a, cînd mușchii relaxați ai abdomenului nu mai pot susține uterul cu eficacitate.

Medicamentele și sarcina. În sarcina normală nu este necesar nici un fel de medicament. În cazul că apar anumite tulburări, atitudinea cea mai conformă cu interesul gravidei este să se ceară părerea medicului. Serurile și vaccinurile nu vor fi administrate decît cu indicație absolută. Medicamentele uzuale contraindicate în timpul sarcinii sînt purgativele, chinina și preparatele hormonale. În general femeia gravidă se va feri să ia medicamente despre care „a auzit" că sînt eficiente în combaterea greșurilor deoarece unele din aceste medicamente pot dăuna fătului. Abuzul de calciu și de vitamine practicat de multe femei, este cel puțin inutil.

Nașterea

Pentru ca emoția să nu se transforme în teamă — care nu este cu nimic justificată — gravida trebuie să cunoască cîteva amănunte despre acest act firesc care este nașterea. În acest fel, gravida va colabora activ cu moașa și medicul la buna desfășurare a nașterii.

Factorii care determină declanșarea nașterii sînt multiplii, de natură hormonală și nervoasă. Travaliul sau nașterea are două perioade princi-

Scanned with OKEN Scanner

pale : 1) de dilatație a colului uterin ; 2) de expulzie a fătului. Înainte de a se declanșa, nașterea are o serie de semne premergătoare, ca de exemplu : fundul uterului coboară, fapt care dă femeii o senzație de ușurare în respirație ; micțiunile (urinările) devin mai frecvente, iar contracțiile uterine, nedureroase în timpul sarcinii, sînt mai puternice, unele din ele devenind dureroase. Cu 12—24 de ore înainte de naștere, gravida elimină prin vagin o secreție serosanguinolentă, care este dopul gelatinos al colului uterin.

Începutul nașterii se manifestă prin contracții uterine care sînt dureroase, intermitente și energice. Sediul durerii este în regiunea lombară și în partea inferioară a abdomenului. Contracțiile uterine sînt la început la 15—20 de minute și durează 20 de secunde, apoi devin din ce în ce mai frecvente, repetîndu-se spre sfîrșitul nașterii la 2—3 minute și durînd 40—50 de secunde. Ca urmare a contracțiilor, colul uterin se dilată. Perioada de dilatație durează la prima naștere 12—14 ore iar la următoarele nașteri mai puțin. Concomitent cu dilatarea orificiului uterin se produce ruperea pungii apelor, iar fătul este împins în jos și trecut prin strîmtoarea superioară în bazinul mic. Acest timp al nașterii se numește angajare. Trecerea fătului prin bazinul mic se numește coborîre, iar ieșirea prin orificiul vulvovaginal se numește degajare. Aceștia sînt cei trei timpi principali ai nașterii. În nașterea normală asistența constă în supravegherea desfășurării contracțiilor uterine, calmarea acestora cînd devin prea intense sau stimularea lor cînd sînt prea slabe, ascultarea repetată a bătăilor inimii fătului. În perioada de expulzie, care durează între 30 și 60 de minute, gravida este așezată pe masa de naștere, regiunea ano-vulvară este dezinfectată cu tinctură de iod, picioarele și abdomenul acoperite cu cîmpuri sterile, iar moașa sau medicul spălați steril, asistă nașterea. Asistența în momentul expulziei constă în dirijarea degajării craniului fetal și a umerilor, astfel ca să nu se producă rupturi de vagin și perineu. După scoaterea fătului se secționează cordonul între două pense și apoi se leagă. Se picură apoi 3—4 picături de protargol în ochii copilului și în fanta vulvară a fetițelor, pentru profilaxia infecțiilor gonococice. Copilul este pansat la ombilic, cîntărit, înfășat și dus la secția de nou-născuți a maternității. După 20—30 de minute de la expulzia fătului, placenta se deslipește de pe suprafața uterului, deslipire însoțită de o eliminare de sînge prin vagin și apoi este expulzată.

Cu aceasta, în mod normal, nașterea este terminată. Mama cade într-un somn adînc, odihnitor, care durează cîteva ore.

Lăuzia

După naștere începe o nouă perioadă fiziologică care va dura 6—8 săptămîni : lăuzia. În această etapă se produc noi modificări în organismul femeii. Vulva și perineul, mult destinse în timpul nașterii, încep să-și revină încă din primele zile la normal. Micile plezniturî ale vaginului și vulvei, se cicatrizează și ele în 4—5 zile. Uterul începe să-și micșoreze volumul și concomitent se reface și colul uterin care a fost larg deschis în timpul nașterii. Refacerea completă durează 3—4 săptămîni.

Scanned with OKEN Scanner

Una din manifestările importante ale lăuziei este apariţia laptelui. În timp ce organele genitale suferă un proces de involuţie, sînii ajung la maximum de dezvoltare începînd să secrete lapte. Secreţia de lapte se produce sub influenţa unui hormon hipofizar numit prolactina şi este întreţinută printr-un mecanism reflex de suptul copilului.

Cînd începe secreţia de lapte, sînii se întăresc, sînt dureroşi iar temperatura locală creşte pînă la 38°. Aceste fenomene cunoscute sub numele de „furia laptelui" dispar în 24 pînă la 48 de ore, după care se instalează secreţia normală de lapte. Dacă o femeie întrerupe alăptatul pentru cîteva zile îşi poate pierde laptele.

În timpul lăuziei rezistenţa organismului fiind diminuată femeia este mai expusă să contracteze gripe, infecţii intestinale etc. Mijlocul cel mai eficace de a preveni acest lucru este interzicerea vizitelor la femeia lăuză aflată în maternitate. O infecţie gripală, de exemplu, care apare în maternitate se propagă rapid la toate lăuzele precum şi la nou născuţi la care dă complicaţii mai grave. De aceea, interzicerea vizitelor la maternitate este o măsură absolut necesară luată în scopul apărării sănătăţii mamei şi nou-născutului.

Odinioară se recomanda lăuzei să stea imobilizată la pat timp de 10—12 zile ; astăzi se recomandă repaus absolut la pat numai 24—48 de ore (în cazul de rupturi mari de perineu, repausul la pat va fi prelungit la 4—5 zile). Datorită mişcărilor, circulaţia sîngelui este mult avantajată evitîndu-se astfel apariţia tromboflebitelor ; scurgerea lohiilor se face mai uşor, iar involuţia uterului mai rapid. Ridicarea din pat trebuie să se facă lent şi progresiv.

Alimentaţia raţională a lăuzei are în vedere un dublu scop : satisfacerea nevoilor organismului propriu şi menţinerea unei secreţii de lapte suficiente. Hrana lăuzei trebuie să fie compusă din alimente proaspete, uşor digerabile, bogate în vitamine şi gustos preparate. Supraalimentaţia este o prejudecată. Prin supraalimentaţie se produc tulburări digestive care pot deranja şi digestia nou-născutului. În primele 1—2 zile după naştere, alimentaţia lăuzei va fi compusă din supe de zarzavaturi şi de carne, lapte, compoturi, limonade, pîine şi dulciuri. Apoi se poate trece la o alimentaţie completă. Nu are o bază ştiinţifică tendinţa de a se da lăuzei, în primele zile, cantităţi prea mari de lichide în scopul de a stimula producerea laptelui. În felul acesta nu se obţine decît o congestie exagerată a sînilor.

Lăuza nu este bine să ia nici un medicament fără prescripţia medicului, deoarece acestea pot trece prin lapte şi pot produce tulburări copilului. Antipirina, piramidonul şi antinevralgicele fac să scadă cantitatea de lapte. Dacă secreţia de lapte este prea abundentă, femeia va reduce cantitatea de lichide. Dacă secreţia de lapte este redusă, dau rezultate bune razele ultraviolete pe sîni şi anumite medicamente prescrise de medic.

Alăptarea la sîn, pe lîngă faptul că oferă copilului toate substanţele necesare creşterii şi dezvoltării, este şi cea mai comodă pentru mamă. Laptele de mamă este totdeauna gata pregătit la ora mesei copilului. Este suficient ca mama să-şi spele sînii şi mîinile şi copilul îşi poate lua în mod igienic hrana ideală într-un sfert de oră. În plus, nou născutul nu va avea indigestie şi crampe şi va creşte în greutate în ritmul care trebuie. Menţinerea acestui nepreţuit izvor de

Scanned with OKEN Scanner

lapte necesită în primul rînd curăţenie. Mîinile lăuzei trebuie să fie cu unghiile tăiate scurt şi bine spălate cu perie şi săpun înainte de fiecare supt. Nu este o precauţie de prisos aceea de a spăla şi sînii cu apă şi săpun înainte de fiecare supt; mameloanele vor fi în orice caz şterse cu un tampon de vată îmbibat într-o soluţie de acid boric, apoi vor fi bine uscate cu tampoane de vată sterilă. Menţinerea uscată şi curată a mameloanelor previne apariţia fisurilor, porţi de intrare pentru infecţii. Copilul nu va fi ţinut la sîn mai mult de 10—15 minute (în această perioadă de timp el ia cantitatea necesară de lapte) deoarece se irită mameloanele. Dacă cantitatea de lapte este prea mare, şi femeia are senzaţia că nu şi-a golit sînul, îl va stoarce cu o pompă sterilizată prin fierbere. Obiceiul de a stoarce sînii cu mîna este periculos deoarece provoacă infecţii. În toată perioada alăptării sînii vor fi menţinuţi în sutiene de pînză care pot fi uşor spălate şi fierte.

Obiceiurile bune deprinse în maternitate trebuie practicate şi după ce lăuza s-a întors acasă. În primul rînd ea trebuie să se opună energic asaltului rudelor şi prietenilor. Agitaţia şi gălăgia sînt vătămătoare atît pentru ea cît şi pentru copil. Dacă ar fi să dăm un sfat soţului şi celorlalţi membri ai familiei, atunci este bine să amintim că perioada lăuziei durează totuşi 6 săptămîni, chiar dacă femeia se simte excelent după primele zile. Ea nu-şi poate relua în totalitate ocupaţiile dinainte ci trebuie să fie menajată, ajutată în treburile gospodăreşti în aşa fel încît să aibă timp să se odihnească de mai multe ori pe zi. De felul cum va şti să-şi disciplineze copilul, după sfaturile primite la maternitate, depinde liniştea întregii familii, acum mai numeroasă.

Întreruperea şi prevenirea sarcinii

Se numeşte avort întreruperea sarcinii înaintea epocii de viabilitate a fătului. Avortul se poate produce de la sine sau poate fi provocat.

Avortul spontan

Acest avort se produce de la sine, fără a fi provocat de femeie sau altcineva. Cauzele care pot determina producerea unui avort spontan sînt multiple: deseori avortul spontan nu este provocat de un singur factor, ci de mai mulţi factori asociaţi.

În primele luni de sarcină, cauzele cele mai frecvente sînt tulburările endocrine. Echilibrul care se stabileşte în timpul sarcinii, între secreţia ovarului şi a celorlalte glande cu secreţie internă se strică, şi sarcina este eliminată din uter. Dacă femeia se prezintă la medic îndată ce a pierdut sînge, sarcina poate fi salvată prin repaus la pat, medicamente antispastice (Lizadon) şi tratament hormonal. Tratamentele făcute din proprie iniţiativă de femeie, cu progesteron sau alte preparate hormonale, în loc să împiedice pot să grăbească producerea avortului.

Alte cauze de avort pot fi modificările formei şi structurii normale ale uterului. Aceste modificări pot fi din naştere sau dobîndite, aşa cum sînt cele datorite inflamaţiilor cronice ale mucoasei uterine consecutive chiuretajelor repetate. Bolile infecţioase acute, bolile febrile pot produce moartea oului şi eliminarea lui

Scanned with OKEN Scanner

din uter. Emoţiile puternice pot fi deseori cauze declanşatoare de avort. Loviturile accidentale în abdomen, raporturile sexuale excesive, călătoriile cu motocicleta, cu căruţa pe drumuri proaste, pot determina avortul.

Simptomele avortului sînt: durerile, hemoragia şi dispariţia semnelor subiective de sarcină. Pierderile de sînge pot fi la început în cantitate foarte mică, devenind apoi abundente sau sînt de la început în cantitate mare, însoţite de cheaguri şi urmate curînd de expulzarea oului. Alteori, avortul se anunţă prin încetarea semnelor subiective de sarcină. Greţurile şi celelalte semne de sarcină pe care le prezenta femeia dispar brusc şi după cîteva zile sau uneori chiar săptămîni încep pierderile de sînge şi durerile urmate de expulzia oului. În cazuri rare sarcina moartă este reţinută în uter multă vreme şi este necesară intervenţia medicului pentru evacuarea ei. Cînd sarcina este mai mare (cinci—şase luni) avortul poate începe prin ruperea pungii apelor şi pierdere de lichid amniotic sau prin contracţii uterine dureroase ritmice şi regulate, ca şi durerile de naştere. Oricare ar fi forma sub care începe avortul, femeia gravidă trebuie să se alarmeze de la primele semne şi să anunţe de urgenţă medicul.

Avortul provocat

În anumite cazuri în care menţinerea sarcinii poate periclita sănătatea gravidei sau chiar viaţa ei, se face întreruperea terapeutică a sarcinii. Motivele de întrerupere a sarcinii sînt diverse: boli grave de inimă, tuberculoză activă, boli nervoase, boli infecţioase acute, disgravidii severe etc.

Avortul la cerere se efectuează în unităţile medico-sanitare de specialitate, în condiţiile menţionate de actele normative în vigoare. Pe lîngă maternităţi funcţionează cabinete de întrerupere a sarcinii utilate cu toate cele necesare, dotate cu mijloace de sterilizare şi anestezie moderne şi încadrate cu medici de specialitate. Avortul efectuat chiar în cele mai perfecte condiţii şi de cel mai bun specialist, nu este o operaţie complet lipsită de riscuri, mai ales cînd el este repetat la intervale scurte.

Accidentele şi complicaţiile legate de întreruperea sarcinii sînt următoarele:

1. *Perforaţia uterului.* Chiuretajul fiind o operaţie oarbă (care nu se poate face sub controlul vederii) şi efectuată cu instrumente ascuţite, pătrunderea cu chiureta prin peretele uterului este oricînd posibilă. De cele mai multe ori, după perforaţia uterului trebuie deschis abdomenul prin operaţie şi suturat uterul şi eventual intestinul sau vezica urinară, atunci cînd au fost atinse şi ele ca urmare a perforaţiei.

2. *Hemoragiile* sînt o complicaţie frecventă a chiuretajelor. Ele sînt datorite unei proaste contractări a muşchilor uterului după golirea lui, alteori micilor resturi ovulare sau cheagurilor rămase în cavitatea uterină după chiuretaj. Aceste hemoragii pot fi foarte grave producînd anemii serioase.

3. *Infecţiile* după chiuretaje deşi mai rare sînt, prin gravitatea lor, o complicaţie de temut. Oricît de

Scanned with OKEN Scanner

steril ar fi executat chiuretajul, microbii din vagin pătrund în uter și apoi în trompe, provocînd inflamarea lor.

4. *Tulburările menstruale* care pot surveni în lunile următoare chiuretajului sînt destul de frecvente și uneori îmbracă forme greu de tratat.

Ca urmare a acestor complicații, femeia poate să rămînă sterilă toată viața sau predispusă să avorteze spontan sarcinile următoare. Aceste complicații sînt cu atît mai frecvente și mai grave, cu cît avorturile se fac la intervale mai mici (între două avorturi trebuie să treacă cel puțin un an) și cu cît sarcinile întrerupte au fost mai mari (timpul optim de întrerupere a sarcinii este la șase săptămîni de la ultima menstruație). În concluzie, înainte de a se hotărî să-și întrerupă sarcina atît gravida cît și soțul ei trebuie să se gîndească bine la riscurile legate de această operație. Este bine ca prima sarcină să fie dusă totdeauna la termen deoarece nu se știe dacă va mai urma alta după întrerupere.

Mijloacele anticoncepționale

Dacă sarcina este pentru o perioadă nedorită, femeia este mult mai avantajată dacă o previne decît dacă ajunge la întreruperea ei. În scopul prevenirii sarcinii se recomandă folosirea mijloacelor anticoncepționale. Acestea sînt de mai multe feluri: mecanice, chimice, biologice.

Mijloacele mecanice au drept scop să împiedice pătrunderea spermatozoizilor în vagin sau în uter. Ele pot fi utilizate de bărbat (prezervativ) sau de femeie (diafragme sau căpăcele care se aplică pe colul uterin), în raport cu indicațiile de specialitate. Uneori utilizarea îndelungată a căpăcelelor poate produce eroziuni ale colului sau ale vaginului și de aceea examenul ginecologic periodic este absolut necesar la femeile care utilizează această metodă anticoncepțională.

Mijloacele chimice au drept scop distrugerea spermatozoizilor pătrunși în vagin. Anticoncepționalele chimice se prezintă sub formă de ovule, tablete, creme sau soluții în a căror compoziție intră diverși acizi. Aceste preparate, acidificînd mediul obișnuit al vaginului, distrug spermatozoizii, care nu pot supravieți decît în mediu alcalin. În compoziția anticoncepționalelor chimice, mai intră și alte substanțe care distrug spermatozoizii, cum ar fi chinina și sărurile de mercur. Ovulele sau tabletele trebuie introduse în fundul vaginului cu aproximativ o jumătate oră înainte și lăsate pe loc 10—12 ore după raportul sexual. O altă metodă constă în introducerea în vagin a unui mic burete din cauciuc sau material plastic îmbibat într-o soluție acidă (50 g oțet la un litru de apă). Dacă există confortul necesar, se recomandă și spălătura vaginală făcută cu irigatorul cu o soluție acidulată (50 g oțet alimentar la un litru de apă călduță). Rezultatele sînt bune dacă irigația este făcută imediat după raportul sexual. Folosirea îndelungată a acestor substanțe chimice poate să producă iritația vaginului, în care caz utilizarea lor trebuie să fie suprimată.

Mijloacele biologice sînt de mai multe feluri:

Metoda Ogino-Knaus (abstinență periodică, metoda ritmică). Studiind ciclurile menstruale normale ale unui număr mare de femei, Ogino și Knaus au dedus că nu în toată perioada dintre menstruații o femeie poate rămîne gravidă ci numai într-o perioadă destul de scurtă, în medie de 8 zile. Restul zilelor sînt

Scanned with OKEN Scanner

improprii fecundației, pentru următoarele motive : ovulația se face în mod normal între a 12-a și a 16-a zi a ciclului ; ovulul are o viață foarte scurtă, dar spermatozoizii pot trăi în căile genitale feminine 3 zile ; deci orice contact sexual în decursul a 3 zile premergătoare în timpul sau o zi după ovulație, poate fi fecundant. Pentru un ciclu de 28 de zile, calculul este ușor de făcut. De exemplu, prima zi de menstruație fiind la 2 ianuarie, menstruația viitoare va fi la 30 ianuarie. Scăzînd de la 30 ianuarie 12 zile ne vom găsi la 18 ianuarie, ultima zi a perioadei de 8 zile care este fecundă. Deci contactele sexuale între 19 și 30 ianuarie și între 5 și 9 ianuarie nu sînt fecundante. Perioada de fecundație este între 10 și 18 ianuarie. Pentru securitate maximă, este bine să se prelungească abstinența din această perioadă fecundă cu încă 1—2 zile înainte și după.

În ciclurile menstruale constante, dar mai lungi sau mai scurte cu cîteva zile, procedeul de calculare a perioadei infecunde este ceva mai complicat.

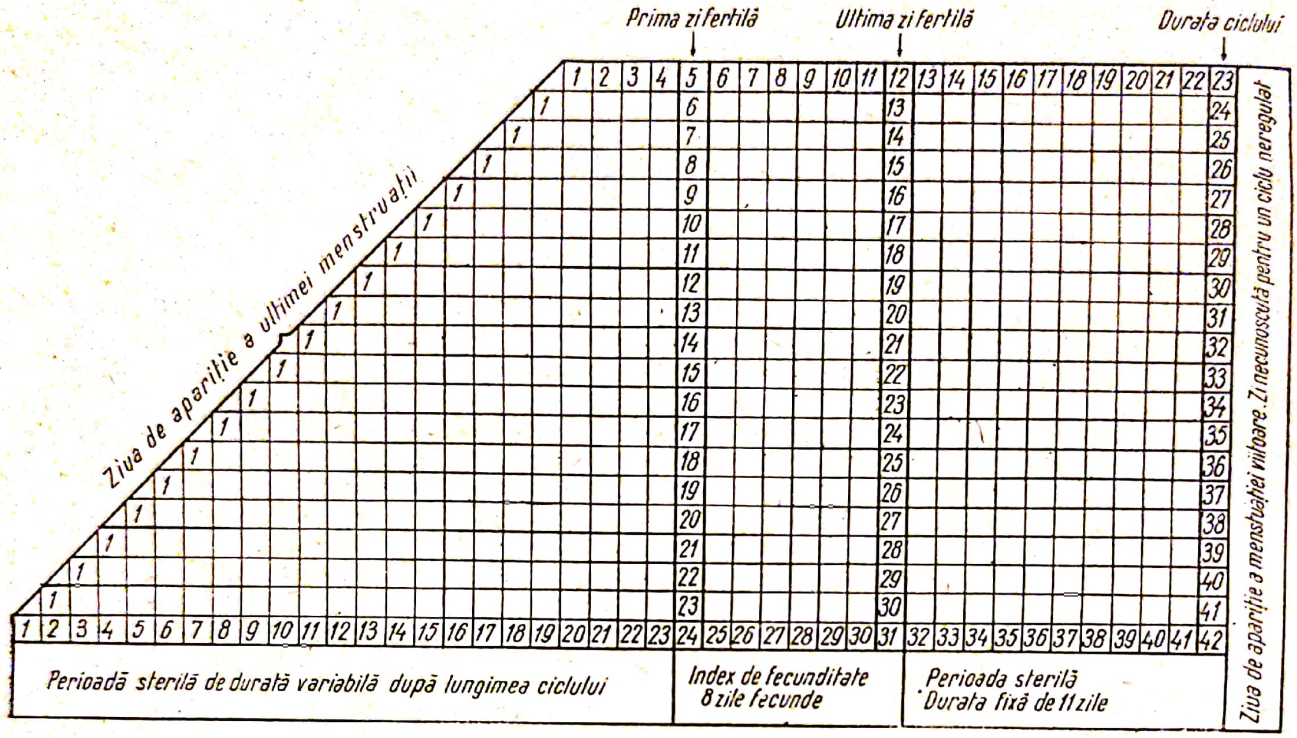


Fig. 107. — Acest tablou indică prima și ultima zi a perioadei fertile pentru cicluri de durată variabilă, de la 23 de zile, în funcție de ziua apariției ultimei menstruații (după **A. Marchal**).

Metoda Ogino-Knaus are mari avantaje față de alte procedee anticoncepționale. Fiind un procedeu natural, fiziologic, nu se produce nici o tulburare în organismul femeii sau bărbatului, nici din punct de vedere fizic, nici psihic. Actul sexual se desfășoară perfect normal, fără fraude diverse cu consecințele respective, rămînînd numai ca acceptiunea reciprocă a partenerilor să-l limiteze la zilele infecunde. Cum perioada fertilă este destul de scurtă pentru ciclurile normale (8 zile) evitarea acestei perioade nu este un sacrificiu prea mare.

Scanned with OKEN Scanner

Termometrizarea. O metodă bună pentru a determina perioada ovulației, este notarea temperaturii rectale matinale. Dacă pînă la declanșarea ovulației, deci în prima parte a ciclului temperatura luată în rect, dimineața, este sub 37 grade, a doua zi după o ovulație temperatura se ridică cu cîteva linii peste 37 (datorită secreției de progesteron). Femeia va nota dimineața, imediat ce se trezește, temperatura luată cu termometrul în rect, începînd după menstruație, pînă la menstruația viitoare. Aceste notații și le va însemna pe hîrtie și va urmări temperatura mai multe cicluri, de dorit un an. Ziua în care temperatura rectală de dimineață se ridică peste 37 grade și se menține și în zilele următoare pe aceeași linie, este ziua care marchează perioada de după ovulație. Contactul sexual este interxis cu 3—4 zile înainte și 3—4 zile după această ridicare de temperatură. De exemplu: studiind temperatura din mai multe cicluri, femeia vede că temperatura rectală matinală se ridică peste 37 grade în mod constant între a 11-a și a 14-a zi a ciclului, numărînd din prima zi a apariției menstruației. Interdicția actului sexual va fi deci între a 7-a și a 18-a zi a ciclului.

Contracepția pe cale orală. Mijloacele anticoncepționale locale, vaginale sau uterine, au două mari inconveniente: o bună parte au eficacitate relativă și aproape toate jenează fizic sau psihic actual sexual. De aceea în ultimii zece ani cercetările au mers pe calea găsirii unor produse anticoncepționale sigure, care să nu îngrădească cu nimic desfășurarea actului sexual. S-a ajuns astfel la sintetizarea unor substanțe care, luate pe gură, au o acțiune foarte importantă pentru care sînt utilizate în arsenalul anticoncepției: inhibiția ovulației. Aceste substanțe sînt utilizate în scop anticoncepțional de milioane de femei din toată lumea.

Dezavantajul acestor medicații anticoncepționale este necesitatea utilizării lor permanente, sau aproape permanente. Administrarea acestor preparate se face zilnic, din a 5-a zi pînă la a 25-a zi a ciclului. Utilizată conștiincios, fără pauze, după indicațiile respective, contracepția orală are eficacitate sigură. Sterilitatea voluntară încetează o dată cu încetarea medicației anticoncepționale și chiar s-a observat o creștere a fertilității după oprirea administrării anticoncepționalelor, în primele luni. Copiii care s-au născut după o sterilitate temporară cu aceste preparate au fost perfect normali, fără nici o malformație.

Bolile aparatului genital la femeie

Inflamația organelor genitale feminine ocupă locul cel mai important în patologia feminină. Produse de germenii cei mai diverși (gonococ, stafilococ, streptococ, diverși bacili, ciuperci și paraziți) favorizate de o igienă criticabilă, de constipație, de excesele sexuale, de abuzurile în întreruperea sarcinii ca și de tulburările hormonale, inflamațiile aparatului genital feminin pot interesa fie un segment (vagin, uter, trompe) fie mai multe. După localizare inflamațiile pot fi vaginite — inflamația vaginului, metrite — inflamația uterului și anexite — inflamația trompelor și a ovarelor.

Vaginitele sînt de obicei însoțite și de inflamația vulvei (vulvo-vaginite). Cauza este infecțioasă și se datorește

Scanned with OKEN Scanner

fie germenilor banali, fie gonococului, fie parazitului Trichomonas, sau unor ciuperci. Formele clinice variază după germenul care le produce. În general se manifestă prin usturime și dureri intensificate de urinat și de raporturile sexuale. Uneori se instalează și mîncărimi violente. Tratamentul e în funcție de germenul care a produs infecția și se execută numai la indicația medicului. Tratamentul vaginitei cu Trichomonas, o afecțiune extrem de răspîndită, trebuie aplicat ambilor parteneri deoarece bărbatul, deși aparent sănătos, e în realitate purtător de parazit și poate reinfecta femeia. Și în blenoragie tratamentul unilateral se poate dovedi zadarnic.

Întrebuințarea de medicamente în irigații vaginale, fără indicații precise, poate agrava boala și produce complicații. În timpul tratamentului este necesară abstinența sexuală. Pentru prevenirea vaginitelor este obligatorie respectarea riguroasă a regulilor de igienă intimă și a vieții sexuale. Raporturile sexuale întîmplătoare, cu persoane necunoscute, se plătesc, de cele mai multe ori, prea scump.

Metrita este inflamația uterului. Ea poate fi localizată la colul uterin (metrită cervicală sau cervicită) sau la corpul uterin. Metritele cervicale sînt destul de frecvente și se manifestă prin scurgere abundentă, cu aspect vîscos sau mucopurulent, datorită infectării glandelor colului uterin. În metrita cervicală se mai pot produce eroziuni în jurul orificiului colului uterin sau chiar adevărate răni care sîngerează ușor. Atît tuberculoza colului uterin, cît și cancerul se manifestă sub aspecte asemănătoare. De aceea la apariția acestor semne nu mai are rost să se amîne consultarea medicului care, de la caz la caz, efectuează un examen colposcopic iar în cazuri dubioase, o biopsie. Diagnosticul o dată precizat, trebuie urmat fără abatere tratamentul adecvat (aplicarea de ovulule și pansamente pe col, diatermocoagularea adică distrugerea, cu ajutorul curenților electrici de înaltă frecvență, a mucoasei bolnave sau tratamentul chirurgical care constă în extirparea colului uterin). Apariția cervicitelor este favorizată de dilatarea repetată a colului uterin pentru chiuretaje și de întrebuințarea substanțelor iritante pentru spălături vaginale. Deoarece am văzut că există riscul ca cervicita să se transforme în unele cazuri în cancer de col, este absolut necesar ca : a) normele de igienă sexuală despre care s-a vorbit pînă acum să se bucure de cea mai înaltă prețuire ; b) să se dea curs de la prima invitație la examenul medical periodic ginecologic.

Anexitele sînt inflamații ale trompelor și ovarelor. Ele se mai numesc și salpingo-ovarite sau metroanexite, deoarece de cele mai multe ori inflamația interesează în grade diferite atît uterul, cît și trompele cu ovarele. Leziunile predominante sînt de obicei la trompă (salpingă), ovarul fiind mai rar și în mai mică măsură atins de procesul inflamator. Leziunile anexiale sînt de obicei bilaterale, însă mai accentuate într-o parte.

Simptomatologia bolilor aparatului genital la femeie se caracterizează, în formele acute, prin dureri în abdomen și regiunea șalelor, febră, secreție vaginală abundentă sau pierderi de sînge. Intensitatea durerilor este variabilă, uneori fiind surde, alteori violente și exagerate de eforturile de urinare, de scaun etc. Tratamentul care constă în administrarea de antibiotice, calmante, vitaminoterapie, repaus la pat, poate duce la vindecare.

Atunci cînd vindecarea întîrzie, trebuie de văzut dacă tratamentul

Scanned with OKEN Scanner

prescris de medic este urmat conștiincios, dacă se aplică indicațiile igienice ajutătoare, dacă organismul este pus în repausul necesar refacerii organelor în suferință. Nici în acest domeniu medicamentele, ele singure, nu pot aduce rezolvarea deplină, nu pot face minuni. Dacă miza pusă pe medicamente este prea mare, vindecările care survin nu sînt depline, se produc recidive frecvente, apar mici complicații și treptat boala se cronicizează.

Anexita cronică se caracterizează prin dureri persistente în bazin, uni- sau bilaterale, accentuate de frig, oboseală, menstruație. Raporturile sexuale, dureroase și ele, încep să fie evitate. Deseori se produc tulburări menstruale. Sterilitatea este una din urmările frecvente ale inflamațiilor genitale cronice. Tratamentul formelor cronice fiind mai dificil și de lungă durată, trebuie luate toate măsurile pentru a se evita îmbolnăvirea acută iar cînd aceasta s-a produs trebuie tratată cu toată grija pînă la completa ei vindecare.

Bolile aparatului genital la bărbat

Sub influența diverșilor microbi organele genitale masculine se pot îmbolnăvi. Cele mai frecvente boli sînt inflamațiile testiculului (orchite) și ale epididimului (epididimite).

Orchita este inflamația testiculului și apare în general ca o complicație a unor boli infecțioase (oreion, gripă, mai rar tuberculoză). Clinic se manifestă prin dureri, febră și tumefierea testiculului. Tratamentul constă în repaus absolut la pat, antibiotice, calmante. Complicația cea mai de temut e hipotrofia sau chiar atrofia testiculului, care atunci cînd e bilaterală este urmată de azoospermie (lipsa producerii de spermatozoizi) deci sterilitate.

Epididimita poate fi acută, cînd se manifestă prin febră, dureri mari și tumefacție, sau cronică atunci cînd epididimul este doar tumefiat, durerile sînt minime sau absente iar bolnavul este afebril. Epididimita acută este de obicei complicația unei uretrite cu gonococ sau cu alți germeni banali (streptococ, stafilococ, colibacil). Adeseori infecția se propagă și la testicul, producînd orchiepididimite. Epididimita cronică e de cele mai multe ori tuberculoasă și apare la bolnavii care au avut o tuberculoză pulmonară și adeseori e asociată cu tuberculoza renală. În formele acute tratamentul constă în repaus la pat, calmante și antibiotice. În epididimita tuberculoasă se face tratamentul antituberculos specific. Fără tratament sau cu tratament insuficient, complicația cea mai gravă care poate apărea este sclerozarea epididimului, care atunci cînd e bilaterală, are drept consecință sterilitatea.

Bolile venerice

Sifilisul

Sifilisul și-a făcut apariția pentru prima oară în Europa către sfîrșitul veacului al XV-lea, ceea ce îndreptățește pe majoritatea cercetătorilor să afirme că a fost importat din America după primele călătorii făcute în Lumea Nouă. Datorită contagiozității sale extreme și condițiilor favorizante

Scanned with OKEN Scanner

reprezentate de războaiele care bîntuiau în acel timp, boala s-a întins cu repeziciune în toată Europa centrală și de vest, provocînd numeroase victime. În țara noastră, sifilisul a fost semnalat pentru prima oară în 1501, sub denumirea de „boala franceză", care ulterior s-a transformat în „sfrenție", nume întîlnit în unele cronici, mai ales în Ardeal.

Spirocheta palidă, agentul cauzal al sifilisului, este un microb în formă de spirală, animat de o serie de mișcări care-i permit să pătrundă mai ușor, în special prin locurile unde pielea sau mucoasele prezintă pleznituri sau rosături. Spirocheta este puțin rezistentă la frig, căldură, antiseptice, chiar și săpunul o omoară imediat. De aici reiese importanța spălării cu apă și săpun sau a folosirii unor antiseptice slabe după raportul sexual pentru prevenirea sifilisului care, după cum vom vedea mai jos, este deosebit de periculos, atît pentru bolnavul însuși, cît și pentru cei din jurul său.

În imensa majoritate a cazurilor molipsirea se face de la om la om, prin raporturi sexuale : la nivelul organelor genitale ale persoanei sănătoase ajung spirochetele provenite din leziunile deschise ale partenerului bolnav. În mod cu totul excepțional transmiterea se poate face prin sîngele unui bolnav (în cazul unei transfuzii), prin laptele unei femei gravide sau chiar și indirect cu ajutorul unor obiecte (burete, perie de dinți, pahar, prosop) care au venit în atingere cu rănile deschise ale unui bolnav de sifilis. Datorită slabei rezistențe a spirochetelor în mediul exterior, molipsirea indirectă rămîne totuși o raritate.

Evoluția sifilisului a fost împărțită în trei mari perioade :

Perioada primară, lipsită de orice fel de semne de îmbolnăvire, durează cam 21—27 de zile de la data raportului sexual cu persoana bolnavă. Prima manifestare a sifilisului, șancrul sifilitic sau sifilomul primar, apare în regiunea genitală. Acesta se prezintă ca o rosătură rotundă sau ovalară, de dimensiuni variabile între aceea a unui bob de linte și a unei monede mici, tare la pipăit (șancru tare) și complet nedureroasă, caracter foarte important. De altfel, dorim să subliniem, cu titlu de invitație la un surplus de vigilență, faptul că o boală atît de gravă cum este sifilisul evoluează ani de zile în organismul uman fără să producă nici un fel de durere. De-abia mult mai tîrziu, atunci cînd sifilisul se localizează în sistemul nervos sau în unele organe vitale, poate să se însoțească de dureri datorite lezării organelor în cauză. Lipsa durerilor face ca numeroase persoane să trateze cu indiferență multe dintre manifestările sifilitice, pe care le pune pe seama unor procese banale și să nu solicite consultarea unui medic de specialitate. Iată o mare greșeală deoarece, cu toată lipsa durerilor, infecția sifilitică poate provoca în organism mari tulburări terminate în unele cazuri cu manifestări de nebunie, distrugeri de organe și chiar pierderea vieții. După 6—8 zile de la apariția șancrului bolnavul observă umflarea ganglionilor (adenită) de la rădăcina coapselor (stinghie). Dar nici această adenită cu ganglioni tari și mobili nu este dureroasă fapt care, din nefericire liniștește pe unii bolnavi. Așa cum au fost descrise, șancrul sifilitic și adenita persistă timp de 45 de zile, apoi sifilomul primar se cicatrizează, chiar fără nici un tratament. Bineînțeles că în tot acest răstimp bolnavul este foarte contagios, el putînd să transmită spirochetele la toate persoanele cu care vine în contact prin raporturi sexuale sau chiar acciden-

Scanned with OKEN Scanner

tal cu ajutorul mîinilor infectate sau rufăriei. După 45 de zile, spirochetele năvălesc în număr foarte mare în sînge și se răspîndesc în tot corpul, provocînd simptomele perioadei secundare.

Perioada secundară se instalează, după cum am arătat, cam la 45 de zile de la apariția sifilomului primar, adică la aproximativ 70 de zile de la raportul sexual infectant. În această fază, microbii sînt purtați de sînge prin tot corpul, provocînd simptome foarte variate, în raport cu locul unde ei se fixează. Astfel, în gură și pe faringe pot apărea niște plăci roșietice acoperite uneori cu un depozit albicios *(plăcile mucoase)*; pe piele pot apărea mici pete roz (rozeola sifilitică) sau leziuni mai ridicate, tari la pipăit, de culoare roșie-brună *(sifilidele papuloase)*, acoperite uneori de o scuamă *(sifilidele papulo-scuamoase)*, sau de o mică eroziune *(sifilidele papulo-erozive)*. În regiunile mai umede și supuse frecăturilor, spre exemplu regiunile genitale, se pot forma plăci mai mari, proiemi-nente, zemuinde, roșii-brune, care degajează un miros urît (sifilidele papulo-hipertrofice). Subliniem două caractere mai importante ale acestor leziuni: pe de o parte nici ele nu sînt dureroase, iar pe de altă parte aspectul clinic sub care se prezintă este foarte variat. Din aceste motive, orice persoană care observă apariția pe piele a unor leziuni, oricît de banale ar părea ele, trebuie să consulte de îndată medicul pentru a se asigura că nu a contractat un sifilis. Dacă îmbolnăvirea s-a produs, cu un tratament energic, administrat în serviciile de specialitate, se pot evita urmările deosebit de grave ale acestei boli.

Perioada terțiară. După 2—3 ani de la începutul bolii, răstimp în care erupțiile de tip secundar s-au succedat de cîteva ori, întretăiate de perioade lipsite de orice fel de manifestări, spirochetele se localizează în anumite organe sau țesuturi unde dau naștere leziunilor de tip terțiar, profunde și cu un caracter distructiv foarte pronunțat. Caracteristice perioadei terțiare sînt *gomele sifilitice*, formațiuni nodulare localizate sub piele, în oase, în ficat, rinichi etc., care pot atinge dimensiunea unui ou, provocînd distrugerea țesutului sau organului unde evoluează. Pe piele se mai pot întîlni *sifilidele tuberoase*, formațiuni nodulare profunde, care lasă cicatrice pe locurile unde s-au dezvoltat. Cele mai periculoase localizări tardive ale spirochetelor se produc însă în sistemul nervos și în aparatul circulator. În sistemul nervos infecția sifilitică provoacă mai ales două afecțiuni: tabesul și paralizia generală progresivă, ambele deosebit de grave, însoțite de manifestări de nebunie și care duc în ultimă instanță la moarte. În sistemul circulator, leziunile cele mai grave se formează pe artere și în special pe artera aortă, putînd duce la rupturi vasculare cu moarte fulgerătoare.

Iată deci cum infecția sifilitică, începînd cu acea mică rană situată în zona organelor genitale, care diagnosticată și tratată la timp se vindecă fără nici un fel de urmări, poate provoca, în caz contrar, mari distrugeri în organismul bolnav, ducînd chiar la pierderea vieții persoanei în cauză.

Examenul de laborator. În faza primară a bolii, prin examinarea la ultramicroscop a secreției recoltate din șancrul sifilitic se pot pune în evidență spirochetele vii, animate de mișcări caracteristice.

Tot în faza primară, după 2—3 săptămîni de existență a șancrului, adică la cca o lună și jumătate de la raportul sexual infectant, apar în sîn-

Scanned with OKEN Scanner

gele bolnavilor de sifilis anumite modificări. Acestea se pot pune în evidență cu ajutorul unor analize dintre care cea mai cunoscută este reacția Wassermann. Analizele de sînge pentru sifilis sînt negative în tot cursul perioadei de incubație și încă 15—20 de zile din perioada primară, deși persoana este bolnavă. Analiza rămîne pozitivă de-a lungul întregii perioade secundare. În faza terțiară a bolii, infecția fiind foarte localizată și stabilindu-se anumite fenomene de imunitate, în mai mult de jumătate a cazurilor analizele de sînge sînt negative, deși bolnavii respectivi suferă de sifilis. Intensitatea analizei se apreciază prin unul pînă la patru semne de plus (+). În cazuri cu totul excepționale, pot apărea analize pozitive, în special slab pozitive (+ sau ++), la bolnavi suferind de alte afecțiuni decît sifilisul (bolnavi de malarie, de ficat etc.) sau în cursul sarcinii la femei. Toate aceste cazuri se analizează cu toată atenția de medic pentru a se decide dacă persoana respectivă are sau nu sifilis. Analiza Wassermann este un foarte bun mijloc pentru diagnosticul infecției sifilitice. Din cauza simptomelor foarte discrete și banale, prin care se manifestă uneori sifilisul, ținînd seama și de gravitatea acestei boli, este foarte prudent ca toți oamenii să-și controleze sănătatea prin această analiză.

Blenoragia

Blenoragia este o boală venerică produsă de gonococ, localizată la început, de cele mai multe ori, pe canalul urinar dar putînd da complicații la organele genitale interne, ochi, articulații. Blenoragia se transmite în imensa majoritate a cazurilor prin raporturi sexuale; în mod cu totul excepțional se mai poate transmite prin lenjeria folosită de bolnav, dacă este purtată imediat de o persoană sănătoasă sau, mijloc dispărut astăzi aproape cu desăvîrșire, de la mama bolnavă la ochii copilului, în momentul nașterii.

La bărbat, blenoragia începe printr-o senzație de arsură și usturime pe canalul urinar cam la 3—5 zile după contactul sexual cu persoana bolnavă; foarte curînd (după 24 de ore) pe canal apare o scurgere gălbuie, mai aparentă dacă se stoarce canalul între două degete. Durerea și usturimea devin din ce în ce mai puternice, mai ales în timpul urinării și erecției. După cîteva zile infecția, limitată pînă atunci la jumătatea anterioară a canalului, trece și în jumătatea sa posterioară și chiar la vezica urinară dînd fenomene de cistită caracterizate prin dureri și urinări frecvente și dureroase. Tratată în mod corespunzător în această fază, blenoragia se vindecă cu multă ușurință fără a lăsa nici o urmă. Neglijată însă, infecția devine cronică, scurgerea este mai redusă, gonococii se închistează în glandele canalului sau merg mai departe către testicule, ajungînd ca după cîteva săptămîni, boala să nu se mai manifeste decît printr-o mică picătură de puroi vizibilă dimineața înainte de prima urinare. Cu toată această estompare a simptomelor, bolnavul rămîne la fel de contagios.

La femeie, primele începuturi pot fi tot pe canalul urinar sau în vagin (vaginita gonococică) ori în colul uterin. Simptomatologia de început este asemănătoare celei descrise la bărbat, diferența fiind realizată numai de localizarea mai variată de la început, de complicațiile care apar mult mai repede precum și de faptul că vaginul, avînd în permanență o secreție mai mult sau mai puțin a-

Scanned with OKEN Scanner

bundentă, femeile neglijează de multe ori să se arate unui medic.

Complicațiile blenoragiei privesc în primul rînd organele genitale interne. La bărbat se produc mai frecvent: prostatita (îmbolnăvirea prostatei, glandă situată lîngă vezica urinară), veziculita, epididimita, funiculita (îmbolnăvirea glandelor și căilor spermatice), orchita (îmbolnăvirea unuia sau a ambilor testiculi care poate duce la sterilitate).

Complicațiile mai frecvente la femeie sînt: bartolinita (inflamația glandei Bartholin situată în grosimea buzelor mari), metrita (îmbolnăvirea uterului), parametrita și salpingita (îmbolnăvirea căilor ovariene). Gonococul mai poate provoca, la bărbat și la femeie, pielonefrite (în căile superioare urinare), o formă de reumatism (mai ales la articulația genunchiului), conjunctivite și irite (în cazul infectării ochilor cu mîinile bolnavilor).

Diagnosticul blenoragiei se realizează prin examinarea la microscop a unei picături de puroi.

Tratamentul blenoragiei este simplu și eficace în formele acute, dar complicat și de lungă durată în formele cronice și în complicații. El se bazează pe antibiotice, dar nu poate fi executat decît sub controlul medicului de specialitate.

Limfogranulomatoza inghinală

Îmbolnăvire veneriană produsă de un ultravirus, limfogranulomatoza inghinală (boala Nicolas-Favre) este o boală a cărei simptomatologie se manifestă în special la nivelul ganglionilor situați la rădăcina coapselor (stinghie). Șancrul, prima manifestare a bolii, este atît de mic și lipsit de orice fel de manifestări caracteristice, încît trece cu ușurință neobservat, majoritatea bolnavilor constatînd că sînt bolnavi abia în momentul cînd virusul a ajuns în ganglionii inghinali. În această fază, boala se caracterizează prin umflarea treptată a ganglionilor de o singură parte sau de ambele părți. La început tari, înglobați într-o masă comună de țesut inflamat, ganglionii devin mai apoi moi la pipăit din cauza puroiului acumulat și se sparg la piele prin mai multe orificii, dînd aspectul de stropitoare. Pielea care acoperă ganglionii ia o culoare roșie-violacee și este presărată cu mici înfundături, fiind comparată cu „pielea de portocală". Bolnavul are dureri care îl împiedică la mers. Netratată, infecția virală merge mai departe de-a lungul căilor limfatice la ganglionii iliaci, apoi către rect și anus, unde provoacă complicații inflamatoare cronice, stenozante, care mai tîrziu, peste ani de zile, pot realiza astuparea, mai mult sau mai puțin completă a orificiului anal.

Tratamentul limfogranulomatozei inghinale a făcut progrese importante după introducerea sulfamidelor în arsenalul terapeutic medical. Această boală este în mod practic lichidată în țara noastră, cazurile noi de îmbolnăviri fiind excepționale.

Șancrul moale

Șancrul moale este o boală venerică provocată de așa-numitul bacil Ducrey. Foarte răspîndită în țara noastră pînă imediat după cel de al doilea război mondial, această afecțiune a dispărut astăzi aproape cu desăvîrșire, pe de o parte datorită măsurilor energice întreprinse de forurile noastre sanitare în acțiunea de prevenire și combatere a bolilor venerice și pe de altă parte datorită sensibilității foarte mari a bacilului Ducrey față de preparatele sulfamidate, ceea ce a permis aplicarea pre-

Scanned with OKEN Scanner

coce și eficientă a unui tratament radical. Șancrul moale se caracterizează printr-o ulcerație dureroasă, cu marginile neregulate dezlipite și fundul murdar, acoperit de puroi și resturi de țesuturi distruse, situată în imensa majoritate a cazurilor în regiunea organelor genitale. Ulcerația apare la cîteva zile după un raport sexual infectant. Dacă nu este tratată, se mărește din ce în ce mai mult, putînd atinge dimensiunea unei monede de 1 leu sau chiar mai mare, fără să prezinte tendința la vindecare spontană. În unele cazuri microbii pătrund în căile limfatice, provocînd o limfangită și ajung la ganglionii inghinali unde formează o colecție purulentă (adenita) care curînd se sparge lăsînd să se scurgă la suprafață un puroi cremos, hemoragic, foarte contagios.

Durerea mare care însoțește șancrul împiedică în general pe bolnav să aibă raporturi sexuale și-l determină să se prezinte la consultațiile de specialitate, fapte care au ușurat acțiunile antiepidemice împotriva acestei boli.

Sulfamidele sînt foarte eficace în tratamentul acestei boli. Administrate pe cale locală în pudră sau pe cale bucală, după recomandările medicilor de specialitate, ele duc la vindecare după 7—10 zile.

Prevenirea și combaterea bolilor venerice

Bolile venerice transmițîndu-se în marea majoritate a cazurilor prin raporturi sexuale cu parteneri bolnavi, prevenirea îmbolnăvirii comportă o serie de măsuri în legătură cu actul sexual. Din studiile de epidemiologie reiese că marea majoritate a îmbolnăvirilor se produc în cadrul unor legături sexuale accidentale, unice, cu persoane necunoscute. Consumarea unei cantități exagerate de alcool este de multe ori un factor favorizant prin slăbirea autocontrolului.

Aplicarea unor măsuri igienice simple poate preveni în multe cazuri o îmbolnăvire veneriană. Simpla spălare cu apă și săpun a regiunilor genitale după raportul sexual, pe lîngă îndepărtarea mecanică a unor eventuali microbi, are și un rol antiseptic destul de important, treponema palidă, gonococul și chiar bacilul șancrului moale fiind cu ușurință atacați și distruși de săpun. O prevenire eficientă a sifilisului se realizează prin ungerea organelor genitale, după raportul sexual și spălare cu pomada Mecinikov conținînd calomel, pomadă care se poate cere la orice farmacie. De multe ori blenoragia poate fi prevenită la bărbat prin urinare imediat după raportul sexual, în acest fel realizîndu-se îndepărtarea mecanică a secrețiilor infectate pătrunse pe canalul urinar. În același sens este recomandabil ca bărbatul să practice imediat după raportul sexual o instilație pe uretră iar femeia o spălătură în vagin cu o soluție antiseptică: protargol, rivanol, hipermanganat de potasiu. Prezervativele reprezintă un obstacol important pentru transmiterea bolilor venerice.

Dacă blenoragia acută, șancrul moale și limfogranulomatoza inghinală prezintă simptome net vizibile și se însoțesc de dureri, fapt care împiedică în oarecare măsură pe bolnav să aibă raporturi sexuale, tocmai sifilisul, cea mai gravă dintre bolile venerice, dar și blenoragia cronică, pot evolua cu o simptomatologie foarte redusă, uneori insesizabilă, ceea ce favorizează mult posibilitățile de molipsire. Altă soluție pentru evitarea îmbolnăvirii nu există decît ca aplicarea normelor de igienă arătate mai sus să devină o regulă generală.

Scanned with OKEN Scanner

Un factor deosebit de important în prevenirea bolilor venerice este și tratarea lor perseverentă pînă la vindecarea completă, numai la un medic de specialitate imediat după apariția primelor simptome. Două exemple sînt suficiente în acest sens: tratamentul sifilisului în faza primară de sifilom, înainte ca reacția Wassenmann să devină pozitivă, durează trei luni și jumătate; dacă însă bolnavul întîrzie pînă la apariția manifestărilor perioadei secundare, tratamentul durează doi ani. Cu fiecare zi care se întîrzie spirochetele atacă noi organe și țesuturi în care sînt din ce în ce mai greu de distrus. Un alt exemplu tipic: o blenoragie acută, tratată în primele 1—2 zile de la apariția secreției purulente, se vindecă cu certitudine după un tratament de 6 zile; fiecare zi de întîrziere favorizează trecerea bolii într-o fază cronică, cu îmbolnăvirea treptată a organelor genitale interne, care are ca rezultat rezistența microbilor și prelungirea tratamentului de-a lungul mai multor luni. În plus, bolnavul poate transmite boala partenerului sexual precum și membrilor familiei, prin obiectele contaminate cu secrețiile infectate.

În scopul combaterii bolilor venerice, în țara noastră s-au instituit o serie de metode cu ajutorul cărora împrăștierea acestor boli este mult împiedicată. Cînd se descoperă un nou caz de îmbolnăvire venerică se face o anchetă epidemiologică, în cursul căreia se stabilește, împreună cu bolnavul, izvorul îmbolnăvirii, adică persoana de la care s-a produs contaminarea, precum și contacții sexuali, adică toate acele persoane cărora bolnavul le-a putut transmite boala. Ancheta epidemiologică poate fi una dintre cele mai eficiente metode în lupta pe care o ducem împotriva bolilor venerice. Cu o condiție însă și anume ca bolnavul să indice cu exactitate persoana de la care s-a îmbolnăvit sau pe care el însuși a îmbolnăvit-o fără știrea sa. Aceste persoane, care în majoritatea cazurilor nu știu că sînt bolnave, vor putea fi astfel tratate, posibilitățile de transmisiune mai departe a bolii fiind suprimate.

Tot pentru descoperirea bolilor venerice se fac: examenul la angajare (fiecare persoană care intră într-un serviciu este obligată să se supună unei examinări clinice și serologice făcută în acest scop); certificatul prenupțial care nu se eliberează decît acelora care au făcut anumite examene și analize; controlul clinic și serologic al gravidelor, în acest fel realizîndu-se și profilaxia sifilisului congenital; examinările clinice și serologice înaintea plecărilor la băi; controlul periodic lunar antivenerian pentru anumite categorii de salariați, care prin specificul muncii lor se pot îmbolnăvi sau pot transmite cu mai multă ușurință bolile venerice (salariați din sectorul alimentar, frizeri și coafori, personal îngrijitor din creșe, cămine, spitale, cantine, șoferi etc.).

La eforturile colective care se fac în vederea lichidării bolilor venerice nu trebuie uitat că un rol important revine fiecăruia în parte. Prin evitarea contactului sexual accidental, cu persoane necunoscute, prin prezentarea imediată la consultațiile de specialitate în caz de îmbolnăvire, prin declararea sursei de îmbolnăvire și a contacților sexuali, precum și prin tratarea riguroasă conform prescripțiilor medicale, evitînd sfaturile persoanelor necalificate, fiecare poate deveni un factor activ în acțiunea organizată împotriva bolilor venerice.

Scanned with OKEN Scanner

15

Copilăria

- Copilul sănătos 276
  - Pregătiri temeinice 276
  - Supravegherea medicală 279
  - Nou-născutul 280
  - Sugarul normal 281
  - Copilul prematur 283
  - Îmbăierea copilului 284
  - Înfășatul și îmbrăcatul 286
  - Alimentația sugarului 289
    - 1. Alimentația naturală 289
    - 2. Alimentația mixtă 292
    - 3. Alimentația artificială 292
    - 4. Vitaminele și prevenirea rahitismului 297
  - Diversificarea alimentației ... 297
  - Curățirea biberoanelor și a tetinelor 300
- Copilul bolnav 301
  - Febra 301
  - Vărsăturile 303
  - Diareea 304
  - Convulsiile 305
  - Distrofia 306

Copilul sănătos

În special mama tînără și la prima sarcină trebuie să se pregătească atît din punct de vedere psihic cît și din punct de vedere material pentru ca cel așteptat cu dragoste și bucurie să se dezvolte în cele mai bune condiții. În această privință are valoare desigur și experiența celor mai vîrstnici, dar sfaturile medicului și controlul medical al sarcinii au fără îndoială întîietate. În acest fel se urmărește optim dezvoltarea copilului în timpul sarcinii, perioadă care prezintă o importanță covîrșitoare pentru evoluția ulterioară a copilului.

Pregătiri femeinice

Pe lîngă pregătirea psihică, care se realizează printr-o atmosferă plăcută, de voie bună, afecțiune și încredere, viitorii părinți vor face pregătiri înainte de sosirea acasă a nou-născutului de la maternitate. Nu este indicată procurarea celor necesare după naștere, pentru că se face în grabă. Pentru a veni în ajutorul părinților, în special al celor tineri și fără experiență, dăm o listă a mobilierului și obiectelor indispensabile pentru început.

1. Coșulețul de răchită (fig. 108) este potrivit pentru primele 4—6

Scanned with OKEN Scanner

luni ; după 6 luni, copilul va fi pus în pat de metal sau lemn, cu plasă, care, datorită dimensiunilor sale, poate fi folosit pînă la 7 ani. Copilul nu va dormi în același pat cu mama : în unele familii se speră că astfel mama s-ar putea odihni mai bine, mai ales în primele 2 săptămîni după întoarcerea de la maternitate. Dacă copilul rămîne în patul părinților se obișnuiește curînd cu aceasta și va reacționa prin agitație și plîns, cînd încercăm să-l punem din nou în coșulețul lui. Și de aici necazuri, prea de timpuriu.

2. *Salteaua* va fi tare, fără cute, din paie de grîu sau orez, talaș fin de lemn sau iarbă de mare. Lîna sau puful nu sînt bune pentru că deformeazul coloana vertebrală. Înălțimea cea mai potrivită a saltelei este de 5—6 centimetri.

3. *Mușamaua* ferește salteaua de îmbibarea cu urină și materii fecale. Ea va depăși salteaua cu aproximativ 15—20 centimetri pentru a putea fi petrecută sub aceasta. Mușamaua se curăță excelent cu Alba sau Perlan și apă călduță, cel puțin o dată pe zi.

4. *Cearșafurile de pat,* în număr de 3—6, din șifon sau pînză albită, vor fi, de asemenea, mai mari decît salteaua.

5. *Plapuma sau cuvertura de molton* trebuie să fie suplă și ușoară. Recomandăm cuvertura din molton, care se poate spăla mai ușor, spre deosebire de plapumă.

6. *Băița din material plastic* este plăcută la vedere, se manipulează și se curăță foarte ușor, fiind și rea conducătoare de căldură.

7. *Masa de înfășat* poate fi o masă oarecare, pe care se pune o cuvertură acoperită cu un cearșaf. Înfășatul în pat este neigienic și obosește pe mamă, care este nevoită să stea aplecată mult timp.

8. *Dulăpiorul (sau un raft din dulapul părinților)* pentru depozitarea

Fig. 108. — Coșuleț de răchită, igienic, indicat pînă la vîrsta de 4—6 luni.

rufăriei copilului trebuie de asemenea să figureze în micul inventar. Este greșit obiceiul de a ține rufele descoperite pe o masă sau pe un scaun.

9. *Rufăria și îmbrăcămintea* vor fi confecționate din material ușor de spălat (pînză albită, șifon, finet, molton). Pentru primele 4—6 luni sînt necesare :

- **cămășuțe din pînză albită sau finet . . . . . 5—6 bucăți**
- **pieptărașe din finet sau pînză albită . . . . 5—6 „**
- **scutece de pînză moale, absorbantă, de 80/80 centimetri . . . . . 6—12 „**

Scanned with OKEN Scanner

• scutece de finet de 90/90 centimetri . . .	6—12 bucăți
• scutece mari confecționate dintr-un material mai plin, dar moale (molton), cu dimensiunile de 110/110 centimetri	5—6 „
• dreptunghiuri de 30/45 centimetri, pentru a fi puse între picioare	6—12 „
• bonete de trei mărimi	3—6 „
• prosoape pluşate de 1/1,5 metri, pentru baie	2—3 „
• jachete de bumbac sau lînă, după anotimp .	3—4 „
• botoşei din lînă sau bumbac, după anotimp .	2—4 perechi
• mănuşi din bumbac sau lînă, după anotimp .	1 pereche
• dreptunghiuri de material plastic, care să fie puse între scutecul mare şi scutecul mic .	2—3 bucăți
• sac călduros, căptuşit cu molton sau lînă tricotată cu glugă, pentru scoaterea la aer în anotimpul friguros şi în care sugarul să fie pus gata înfăşat	1 bucată

Se recomandă să se evite materialele aspre, care irită pielea foarte sensibilă a copilului.

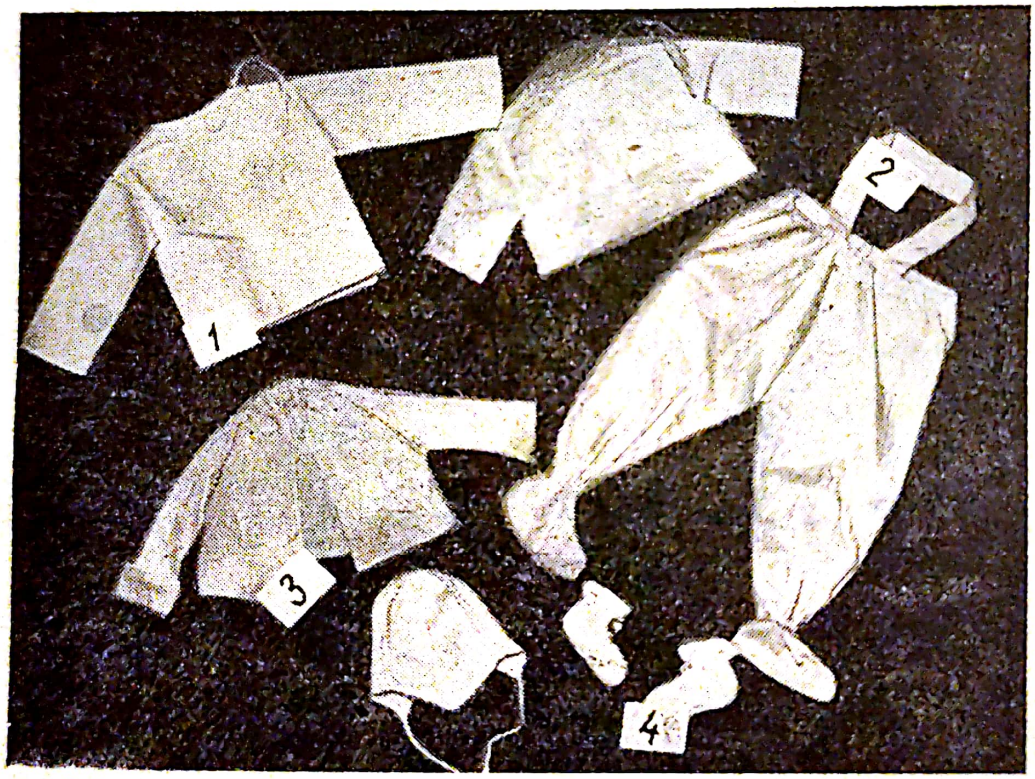


Fig. 109. — Cele necesare copilului la ieşirea din maternitate : *1* — cămăşuţă de pînză ; *2* — pantalonaşi cu botoşei ; *3* — jacheţică tricotată din lînă ; *4* — botoşei şi căciulă din lînă.

10. *Biberoanele* se procură de la farmacie, atunci cînd copilul nu mai pate fi alăptat la sîn. Sînt necesare 7—8 biberoane din sticlă gradată.

11. *Tetinele* vor fi tot în număr de 7—8, pentru ca sugarul să primească la fiecare masă o tetină fiartă (deci sterilă).

12. *Un pahar individual* al copilului.

13. *O oală mare cu capac*, în care se fierb o dată pe zi biberoanele şi tetinele.

Scanned with OKEN Scanner

14. *Oale de 1—2 kilograme cu capac* (2—3 bucăţi), în care se prepară laptele, ceaiul sau alte alimente. Este bine ca aceste vase să fie individuale, ale copilului.

15. *Un ibric* sau o pîlnie mică emailată cu care se toarnă preparatele în biberon.

16. *O linguriţă* individuală.

17. O sită mică, prin care se pasează alimentele (cartofi, morcovi).

18. *Un termometru de baie,* necesar pentru măsurarea temperaturii apei pentru baie.

19. *Un termometru de cameră.*

20. *Un termometru maximal,* care se recomandă să fie individual.

21. *Săpun, ulei fiert şi răcit, vată, tifon* necesare toaletei zilnice. În primele luni se recomandă săpunul de toaletă pentru copii sau săpunul de ras.

22. *Un căruţ,* util pentru orele de plimbare în aer liber.

Camera copilului va fi cea mai luminoasă din apartament; pe cît posibil nu se vor pune în ea mai mult decît patul, masa de înfăşat, dulăpiorul pentru haine şi rufe şi 1—2 scaune. Se recomandă ca mobilierul să fie vopsit cu ulei de culoare deschisă, iar pereţii să fie zugrăviţi, de asemenea, în culori deschise. Perdelele de la ferestre vor fi dintr-un material care se poate spăla des (o dată pe lună). Cînd copilul ajunge la 7—8 luni se aşază ţarcul în cameră, prevăzut cu muşama şi pe deasupra molton sau o pătură subţire, care să se spele uşor (cel puţin o dată pe săptămînă). Temperatura camerei este bine să fie între 18 şi 20 de grade, cel mult 22 grade, oricare ar fi anotimpul. Dacă sînt călduri mari în timpul verii, ferestrele trebuie prevăzute cu perdele de doc (de recomandat albe) sau din pînză care să fie umezite de 2—3 ori pe zi, deoarece acestea, uscîndu-se, vor răcori camera. În timpul iernii trebuie să asigurăm umiditatea absolut necesară prin vase poroase sau tăvi care conţin apă şi pe care le aşezăm pe calorifer sau pe sobă.

Supravegherea medicală

Pentru buna dezvoltare a copilului este necesară supravegherea medicală, care începe imediat după ieşirea din maternitate şi continuă în toată perioada de sugar. Urmărirea nounăscutului este complet gratuită. De aceea orice neglijenţă în prezentarea copilului la controlul periodic al sănătăţii este de neînţeles. Controlul periodic se face la circumscripţie numai pentru copiii sănătoşi. Dacă mama observă că sugarul are semnele unei boli acute (guturai, febră,

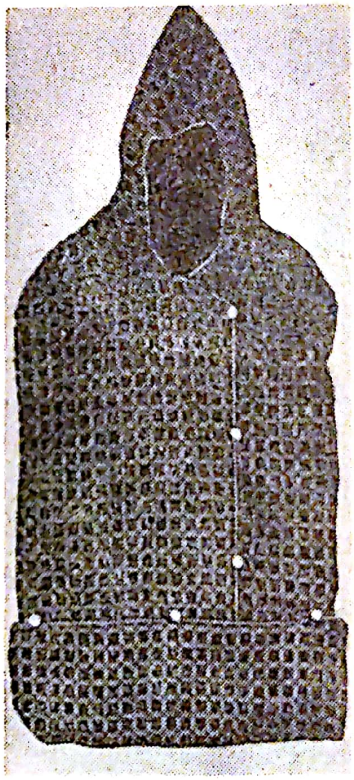


Fig. 110. — **Săculeţ de molton.**

diaree, erupţie) va anunţa circumscripţia sanitară şi nu va aduce copilul bolnav la consultaţie. Prin nerespectarea acestei recomandări starea copilului bolnav se poate agrava pentru că este scos din casă, iar pe de altă parte boala se poate transmite la cei din jur.

Prin urmare, copilul bolnav va fi examinat numai la domiciliu, iar copilul sănătos, la circumscripţia sanitară, în zilele şi orele fixate.

Nou-născutul

După naştere, fiecare mamă cere să vadă copilul şi doreşte să se încredinţeze cît mai repede că are un copil normal. Ştim însă ce înseamnă copil normal ?

Trecerea de la viaţa intrauterină la cea extrauterină determină o serie de transformări, care se realizează cu efort din partea organismului copilului. Copilul ţipă cînd se produce prima inspiraţie. El îşi mişcă neregulat membrele, păstrînd însă poziţia pe care a avut-o în viaţa intrauterină, adică flectarea genunchilor pe abdomen, braţele îndoite, pumnii strînşi. După aproximativ o oră, nou-născutul se linişteşte şi adoarme. Mama fără experienţă este izbită de culoarea roşie uşor marmorată a pielii. Aceasta este acoperită de un strat de grăsime, care are rolul de a uşura alunecarea fătului în timpul naşterii şi de a-l proteja de pierderea de căldură ; pe corp se mai văd mici perişori subţiri. Unghiile sînt complet dezvoltate, trec peste pulpa degetelor. Capul prezintă uneori deformaţii, în special cînd travaliul a fost mai greu şi îndelungat sau cînd s-a aplicat forceps sau ventuză. Aceste deformaţii dispar la cîteva zile după naştere. Deseori, capul este acoperit cu păr bogat. La pipăit se simte în creştet o porţiune mai moale — fontanela anterioară (moalele capului). O altă regiune moale poate fi constatată mai spre ceafă : fontanela posterioară sau fontanela mică. Aceste regiuni moi se datoresc lipsei de osificare, care este normală în ceea ce priveşte fontanela anterioară pînă la vîrsta de 1 an şi 2 luni. Prezenţa acestor spaţii permite modelarea capului în timpul trecerii lui prin strîmtorile bazinului. Gîtul este scurt şi foarte flexibil, iar abdomenul este mare. În dreptul ombilicului se pune un pansament care acoperă bontul ombilical, pînă ce acesta se va usca şi va cădea. Organele genitale externe sînt uşor tumefiate. Membrele sînt scurte în comparaţie cu mărimea corpului şi se lasă greu întinse, copilul prezentînd încă poziţia ghemuită din uter.

Greutatea normală a unui nou-născut. În mod normal, fetiţele au o greutate de 3 000—3 250 grame şi o talie de 49—50 centimetri, iar băieţii 3 000—3 500 grame şi o talie de 50—51 centimetri. Un copil care prezintă la naştere o greutate mai mică de 3 000 grame este un copil subponderal, iar cel sub 2 500 grame este prematur (imatur). Unii copii pot avea o greutate de 4 000—5 000 grame.

Primele 7 zile de viaţă. După naştere, în prima săptămînă, copilul doarme aproape în permanenţă (19—20 de ore din 24) un somn profund, calm, netulburat de zgomot sau lumină. El se trezeşte fără să plîngă. Atunci cînd apar unele greşeli în îngrijirea lui sau cînd se îmbolnăveşte plînge la trezire, perioada de veghe este mai mare decît cea de somn şi copilul este mai agitat decît de obicei. În asemenea cazuri este bine să fie anunţat medicul. Chiar sănătos fiind, copilul poate avea unele manifestări care dau de gîndit unei mame tinere : plîns, ţipăt, tresăriri, mici

Scanned with OKEN Scanner

vărsături, diaree, icter, scădere în greutate, uneori puţină febră. Pentru a ajuta nou-născutul să se adapteze repede la noua viaţă, mama trebuie să dovedească calm, stăpînire de sine şi să aplice măsurile igienice absolut necesare pentru buna dezvoltare a copilului, măsuri la care vom zăbovi în paginile ce vor urma.

Scăderea în greutate a nou-născutului. În primele 2—3 zile după naştere, copilul pierde o mică parte din greutatea cu care s-a născut. Această pierdere poate fi de 5—8 la sută, maximum 10 la sută din greutatea de la naştere şi se recuperează în următoarele 5—10 zile. Scăderea în greutate este absolut normală şi se produce la toţi copiii. Ea se datoreşte faptului că în primele 24—48 de ore după naştere copilul primeşte o cantitate mai mică de lichide decît ceea ce pierde prin urină, scaun, respiraţie, transpiraţie.

Icterul nou-născutului. Icterul care apare în primele 2—3 zile de viaţă este tot o manifestare a adaptării fătului la viaţa extrauterină. El se manifestă printr-o coloraţie galbenă a ochilor, însoţită de o discretă coloraţie galbenă-roşiatică a pielii (icter roşu). În general, icterul durează 5—6 zile şi nu este însoţit de alte semne de îmbolnăvire. El nu are nici o legătură cu hepatita epidemică sau cu alte boli care provoacă icter. Acest icter scade în intensitate spre ziua a 7-a şi dispare spre ziua a 10-a — a 14-a fără nici un tratament.

Criza genitală a nou-născutului. Cu frecvenţă de 90 la sută, începînd din ziua a 3-a de viaţă şi pînă spre ziua a 9-a, atît la fete, cît şi la băieţi se observă o serie de modificări ale organelor genitale, care sînt datorite influenţei pe care o au hormonii materni ce au pătruns în sîngele fătului. Aceste manifestări sînt asemănătoare cu cele din perioada pubertăţii şi constau în umflarea sînilor, însoţită de o secreţie albă-gălbuie. Uneori, fetiţele mai pot prezenta un fel de menstruaţie precoce, iar băieţii umflarea testiculelor. Aceste manifestări sînt normale şi cedează în 3—5 zile ; de aceea este interzis orice „tratament".

Febra de sete. În primele zile de viaţă chiar şi copilului perfect sănătos poate să i se ridice temperatura la 38—39 grade dacă nu primeşte cantitatea necesară de lichide (febra de sete) ; simpla administrare de lichide (ceai, apă fiartă şi răcită) va avea ca rezultat scăderea temperaturii şi revenirea ei la normal în cîteva ore. Trebuie să fim însă foarte atenţi şi în această privinţă şi să urmărim cîteva zile că într-adevăr temperatura a dispărut definitiv : orice febră care persistă după ce s-a completat lipsa de apă sau care reapare are o semnificaţie severă a unei boli sau a unei infecţii.

Sugarul normal

Sugarul este normal sau eutrofic dacă :

1. *Are greutatea, lungimea, perimetrele cranian şi toracic* în limitele normale, corespunzătoare vîrstei.

Iată un tabel după care se poate urmări dezvoltarea normală, de la naştere şi pînă la împlinirea vîrstei de 1 an, la un copil născut cu 3 250 grame.

Scanned with OKEN Scanner

Vîrsta în luni	Creșterea medie lunară (g)	Greutatea (g)
0	—	3 250
1	500	3 750
2	750	4 500
3	750	5 250
4	750	6 000
5	500	6 500
6	500	7 000
7	500	7 500
8	500	8 000
9	250	8 250
10	250	8 500
11	250	8 750
12	250	9 000

De reținut că în luna a 5-a copilul își dublează greutatea de la naștere, iar la 1 an și-o triplează.

2. *Pielea* trebuie să fie întinsă, netedă, moale și catifelată ; culoarea ei este roz-trandafirie. Pielea este elastică : dacă luăm între degete pielea

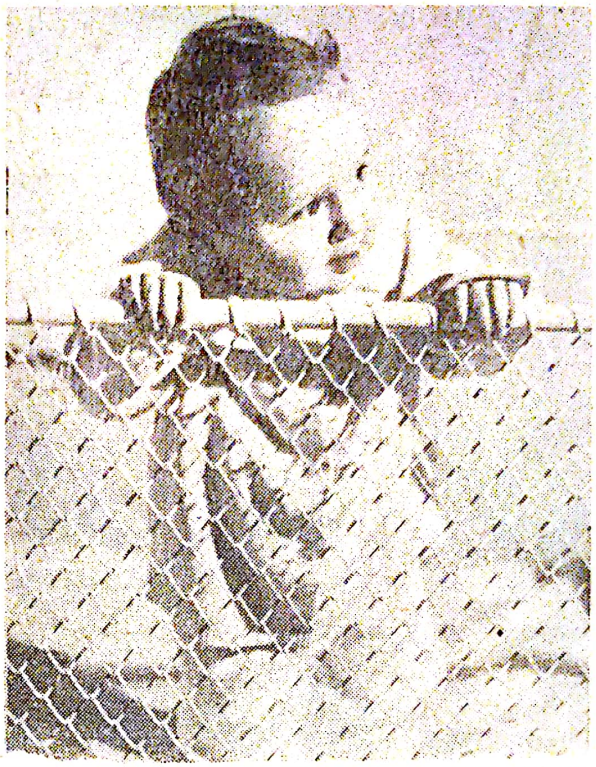


Fig. 112. — La 10—11 luni, copilul stă în picioare sprijinit de marginea patului.

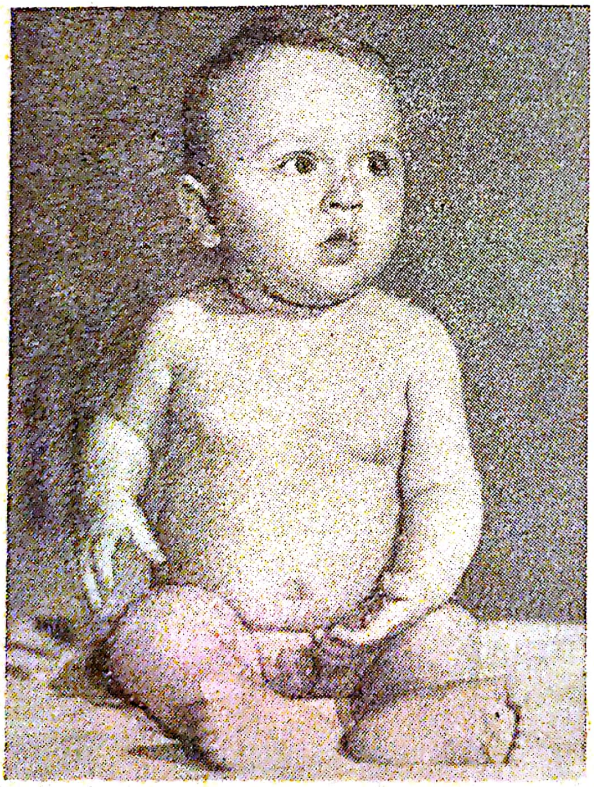


Fig. 111. — La opt luni, copilul normal dezvoltat stă în șezut.

Fig. 113. — La un an și jumătate, copilul stă în picioare, merge singur și cercetează împrejurimile.

Scanned with OKEN Scanner

de pe abdomen sau coapse și îi dăm drumul își revine imediat la forma avută anterior.

3. *Starea de încordare a musculaturii.* Musculatura are o anumită consistență. Atunci cînd luăm între degete un grup muscular (de la umăr, coapsă) al unui copil normal avem o senzație plăcută, a unui țesut elastic.

4. *Respirația* este liniștită, circa 40 de respirații pe minut, iar pulsul de 80—120 de bătăi pe minut, bătut regulat, ritmic.

5. *Se alimentează* cu poftă, în cantități și la intervalele reglementare.

6. *Are scaune regulate,* de consistență normală și aspect caracteristic (jumări de ou), la alimentația naturală.

7. *Privirea* sugarului normal este vioaie, urmărește pe cei din jur.

8. *Se odihnește* conform necesarului, adică doarme profund fără tresăriri, fără perioade de veghe mai mari decît cele corespunzătoare vîrstei. Cînd se trezește este liniștit, nu plînge.

9. *Temperatura* sugarului eutrofic, sănătos, variază între 36,8 și 37,2 grade.

10. *Este rezistent* la diferite infecții.

Sugarul care se abate de la normele de mai sus va fi prezentat la consultațiile medicale profilactice de la circumscripția medicală.

Greutatea și lungimea la copiii peste 1 an. Pentru a face o apreciere sumară, greutatea pe care trebuie să o aibă copilul la o anumită vîrstă, să zicem x ani, se poate calcula după următoarea formulă : $2x + 8$, unde x este numărul anilor. De exemplu : un copil de 4 ani va trebui să aibă greutatea de 16 kilograme, adică : $2 \times 4 + 8 = 16$ kilograme. În mod asemănător putem calcula înălțimea pe care trebuie să o aibă un copil la vîrsta de x ani, aplicînd formula : $5x + 80$, unde x este numărul anilor. De exemplu : un copil de 5 ani va trebui să aibă înălțimea de 105 centimetri, adică : $5 \times 5 + 80 = 105$ centimetri. Anumite depășiri ale lungimii și greutății sînt normale.

Creșterea în greutate, ca și creșterea taliei și a perimetrelor cranian și toracic, este continuă, fără oscilații mari. Dacă se constată o creștere de 25—30 grame pe zi, spunem că sugarul din primele 4 luni de viață are o curbă ponderală normală, deci copilul nostru se dezvoltă natural din acest punct de vedere.

Copilul prematur

Copilul care se naște cu o greutate sub 2 500 grame și o lungime sub 47 centimetri este socotit prematur. Bineînțeles, prematuritatea este de diferite grade :

— Copiii prematuri de gradul I cu greutatea între 2 000 și 2 500 grame ;

— Copiii prematuri de gradul al II-lea cu greutatea între 1 500 și 2 000 grame ;

— Copiii prematuri de gradul al III-lea cu greutatea între 1 000 și 1 500 grame.

Limita inferioară a viabilității. Se admite, datorită tehnicii și condițiilor actuale deosebite de îngrijire, că un făt născut cu peste 1 000 g, 44 centimetri și 7 luni de viață intrauterină poate trăi.

Astăzi se știe perfect că : 1) se pot lua măsuri eficiente pentru prevenirea prematurității ; 2) copilul prematur bine îngrijit este viabil și se dezvoltă ulterior ca un copil normal. De altfel, copilul din categoria I de prematuritate se poate dezvolta ca și copilul născut la termen, dacă, după naștere : a) i se supraveghează respirația, asigurîndu-i-se în permanență aer curat ; copilul va sta în poziție

Scanned with OKEN Scanner

mai ridicată și va fi culcat pe fiecare parte cîte 1—2 ore ; b) va fi alimentat corect fără să obosească, avînd grijă să-i dăm 5—10 minute sîn și apoi să-i completăm alimentația cu linguriţa sau cu biberonul (alimentația prematurilor va fi făcută cu lapte de mamă, iar în lipsa cantității necesare se va introduce treptat alimentație mixtă cu babeurre, Eledon, lapte praf Lacto, lapte praf accidulat, în cantitățile și ritmul prescrise de medic) ; c) i se menține constantă temperatura corpului, avînd grijă ca în cameră să fie 24—25° (în cazul cînd nu se poate realiza acest lucru se vor întrebuința sticle cu apă caldă, care vor fi puse în jurul corpului, între scutecul mare, gros și pătură ; atenție să nu producem arsuri !) ; d) se iau măsuri ca să fie ferit de infecții ; cît mai puține vizite ale persoanelor străine și îndeosebi este interzis contactul cu persoanele bolnave (guturai, răceli, gripă) ; în special mama, dacă simte că este răcită, trebuie să pună imediat masca la gură și nas, ca să nu-l contamineze cînd îl schimbă și-l alăptează.

Prematurii sub 2 000 grame sînt îngrijiți numai la maternitate sau în instituții speciale. *Mama trebuie să fie răbdătoare, să stea internată cu copilul ei atît cît i se recomandă.* După părăsirea maternității, prematurul trebuie să fie îngrijit în mod deosebit. Mama are posibilitatea să țină o legătură strînsă cu medicul de copii al circumscripției, care va fi chemat imediat după sosirea copilului acasă.

Îmbăierea copilului

Nu vom insista aici asupra importanței curățeniei pentru sănătate și asupra rolului igienic al băii. Credem că este util doar să subliniem ca mama să procedeze astfel încît baia să fie o plăcere pentru copil. Deși în aparență foarte ușor de făcut, baia prezintă totuși unele dificultăți, iar de felul cum se face prima baie depinde și modul în care sugarul o va accepta mai tîrziu : cu bucurie sau cu plîns. Sînt copii mai măricei, care alarmează toată familia cînd urmează să facă o baie generală ; de vină au fost primele băi care au fost prea reci sau prea fierbinți și au creat reflexe de apărare. Deci : **atenție la prima baie !**

În general se face baie înaintea ultimului supt, deoarece copilul suge mai puternic după aceea și adoarme mai profund. Iată pe scurt cîteva indicații care se pot dovedi utile :

1. *Camera* în care se face baia copilului va avea o temperatură de 22—24 grade.

2. *Cădița* trebuie să fie curățată înainte de fiecare baie cu apă fierbinte și un detergent (Alba, Perlan).

3. *Rufăria :* ca la înfășatul obișnuit.

4. *Apa de îmbăiat* trebuie să aibă *temperatura de 37—38 grade.* Dacă nu are termometru de baie, mama va încerca cu cotul temperatura apei, regiunea cotului fiind una dintre cele mai sensibile ale corpului (atunci cînd la cot simțim căldură plăcută înseamnă că apa are temperatura potrivită pentru baie). *Se pot întîmpla accidente dacă, din neatenție, se întrebuințează apa fierbinte !* Cantitatea de apă pentru o baie este aceea care acoperă corpul copilului. Deoarece mamele tinere nu sînt obișnuite să țină bine copilul în cădiță, se recomandă pentru primele băi o cantitate mai mică de apă. Pentru a împiedica alunecarea copilului în baie este bine să se pună pe fundul căzii o bucată de tifon sau finet.

Scanned with OKEN Scanner

5. *Săpunul* de toaletă sau săpunul de ras sînt cele mai indicate pentru copii.

6. *Uleiul* fiert și răcit va fi pregătit la îndemînă, ca și pachetul de vată.

7. *Prosoapele pluşate* moi sînt cele mai potrivite.

Fig. 114. — Introducerea corectă a copilului în baie.

Tehnica îmbăierii. După ce toate pregătirile sînt gata, mama ia copilul pe care îl dezbracă, îndepărtînd rufele murdare, și îl introduce în baie în felul următor : se trece mîna stîngă sub capul copilului (ceafa), subțioara stîngă a copilului fiind prinsă cu degetele mamei de la aceeași mînă ; cu mîna dreaptă, mama prinde picioarele în dreptul gleznelor și apoi introduce în apă întîi șezutul, apoi picioarele și restul corpului (această manevră trebuie făcută cu îndemînare, pentru a nu crea copilului senzația neplăcută de cădere) ; capul copilului trebuie să fie bine asigurat pe mîna stîngă (fig. 114).

După ce am așezat copilul în baie înmuiem pielea cu apă. Mai întîi spălăm fața și capul, apoi săpunim bine corpul de la gît în jos pe piept, abdomen, picioare, după care clătim cu apa din baie. Întoarcem copilul cu fața în jos (fig. 115) și procedăm la

Fig. 115. — Așa se ține copilul pentru a fi spălat pe spate.

fel ca la prima parte, spălînd bine șezutul.

La sfîrșit, la copiii de peste 2—3 luni, dezvoltați normal și sănătoși, este bine să clătim copilul cu apă la o temperatură mai mică decît cea din timpul băii, adică la 34—35 grade, care înviorează copilul. După îmbăiere, copilul se scoate din apă cît mai repede posibil și se învelește cu un prosop pluşat. Este mai bine să tamponăm, pe porțiuni, decît să frecăm cu prosopul. La fetițe ștergem șezutul totdeauna din față înspre spate, pentru a nu infecta organele genital cu microbi din anus. După uscarea pielii se vor unge cutele și se-

Scanned with OKEN Scanner

zutul cu ulei fiert și răcit. Obiceiul unor mame de a pudra cu talc copilul la cute nu este de recomandat, deoarece talcul se amestecă cu urina, materiile fecale sau transpirația și provoacă iritarea pielii. După aceasta se înfașă copilul cît mai repede și i se dă de mîncare, după care este așezat în pătuț. Dacă baia a decurs în condiții bune, copilul doarme liniștit. Durata unei băi este de 5—10 minute. Pînă la 6 luni este de recomandat cu baia să se facă zilnic; de la 6 la 12 luni, la 2 zile, iar după 1 an, la 3 zile cel puțin.

Baia de seară nu asigură însă întreaga igienă a copilului. Trebuie ca în fiecare dimineață să-i facem toaleta, care constă din următoarele : se va șterge cu ulei pielea capului și se va peria părul cu o perie moale, personală. Ochii vor fi șterși cu tampoane de vată (cîte un tampon de vată pentru fiecare ochi) muiate în ceai de mușețel sau apă fiartă și răcită la temperatura de 36—37 grade. Se începe ștergerea pleoapelor de la colțul dinspre nas spre colțul din afară. Urechile se curăță cu ajutorul unor fitile făcute din vată (se recomandă să nu se întrebuințeze vată înfășurată pe chibrit, deoarece putem zgîria conductul auditiv sau perfora timpanul). La fel se curăță și nasul. *Pentru fiecare nară și ureche se întrebuințează un fitil curat, spre a nu împrăștia o eventuală infecție.* Dosul urechii se unge cu ulei fiert și răcit. Unghiile pot fi tăiate numai cînd sugarul doarme, avînd grija să ștergem mai întîi forfecuța cu spirt sanitar. Nu se va spăla niciodată gura sugarului, cu atît mai mult în timpul băii și în special cu apa din baie. Pentru a păstra igiena gurii trebuie respectată igiena sînului mamei, a tetinei, a linguriței, a cănii copilului. Niciodată nu se va șterge gura sugarului, întrucît putem răni mucoasa foarte fragilă a gurii, ceea ce favorizează apariția unor infecții.

De la vîrsta de 1 an începem să-l interesăm treptat și pe copil cu aceste manevre, pentru a-i înrădăcina deprinderile de igienă atît de necesare pentru apărarea și întărirea sănătății lui.

Înfășatul și îmbrăcatul

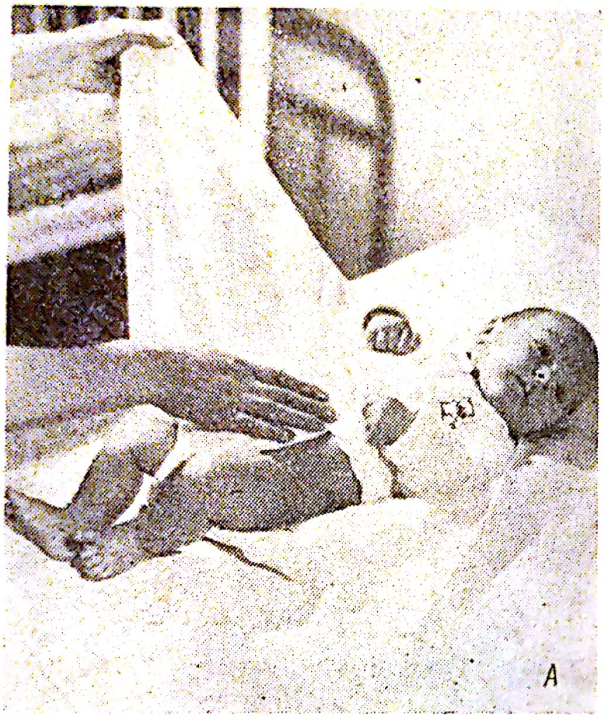
Atunci cînd manevrele întrebuințate la îmbrăcat și înfășat sînt neîndemînatice, ele produc copilului o senzație neplăcută, care se traduce prin nervozitate și plîns. Pentru desfășurarea în bune condiții a înfășatului se vor pregăti pe masa de înfășat cele necesare, în ordinea următoare : scutecul gros, bucata de material plastic, scutecul pătrat din finet, scutecul de pînză îndoit în triunghi, cămășuța de finet îmbrăcată în cămășuța de pînză. Înfășatul se face astfel :

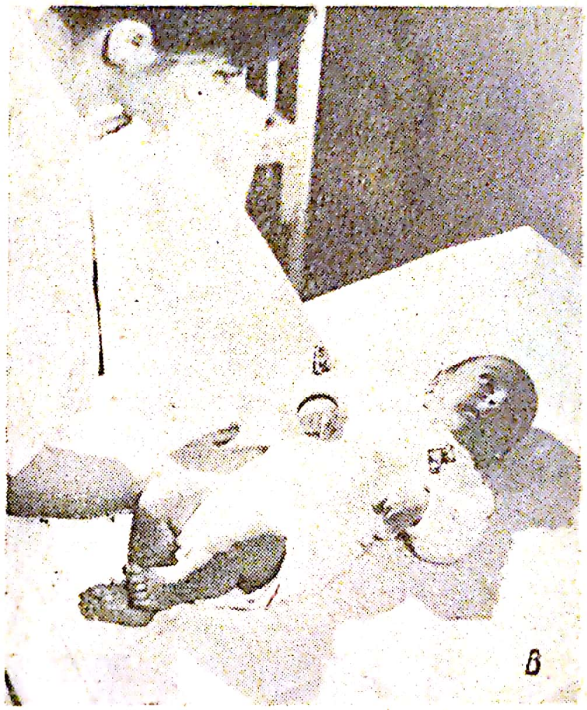
Timpul I. Din triunghi se face un pantalonaș (colțul inferior se trage în sus, între picioarele copilului, iar colțurile laterale se petrec unul peste altul, în jurul abdomenului, punîndu-se cele două capete ale triunghiului unul peste altul). La copilul pînă la 6 luni, capetele triunghiului se pot prinde cu ace de siguranță. *Atenție la închisul corect al acelor de siguranță !*

Timpul al II-lea. Se iau scutecele și materialul plastic și se înfășoară în jurul corpului copilului. Ultimul scutec se îndoaie în partea de jos și se prinde cu un ac de siguranță. Peste scutecul mare, gros, se trage o fașă la mijlocul corpului, la baza toracelui. Mîinile copilului nu trebuie înfășate, iar copilul nu trebuie strîns prea tare. Nu este recomandabil să se lege fașa și în jurul membrelor inferioare ; strîmbarea acestora nu poate fi împiedicată decît prin profilaxia corectă a rahitismului. Cînd

Scanned with OKEN Scanner

sugarul a depăşit 6 săptămîni de viaţă se poate renunţa la scutecul drept şi se foloseşte triunghiul de pînză care se face pantalonaş, apoi se pune triunghiul de plastic şi eventual un chilot din material tetra. În





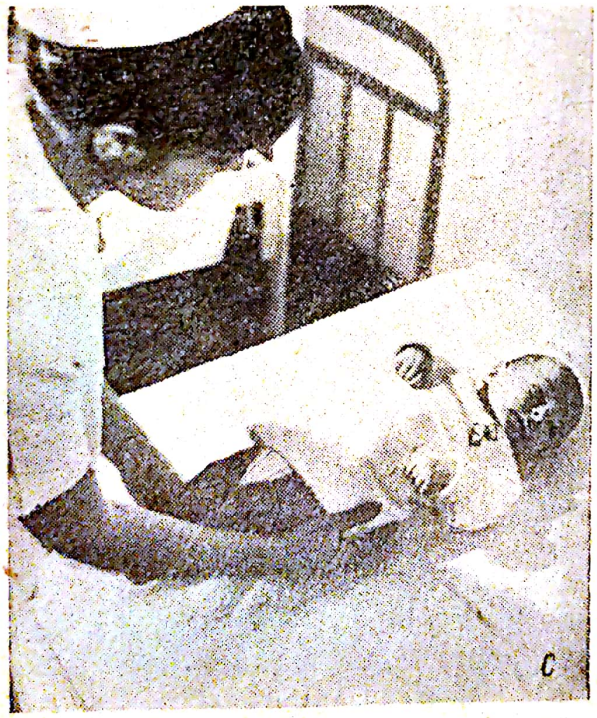


Fig. 116. — În acest mod se confecţionează pantalonaşul din triunghi (A, B, C).

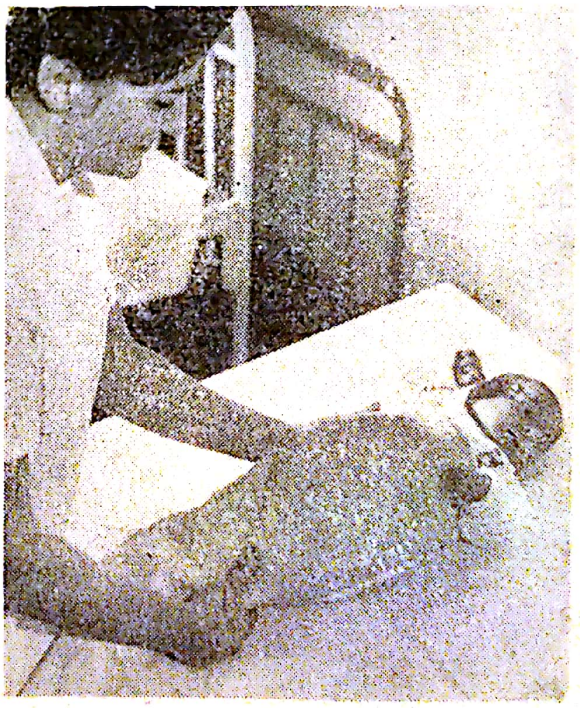


Fig. 117. — În jurul copilului se înfăşoară scutecele şi pătratul de material plastic.

Scanned with OKEN Scanner

timpul iernii și în casă se poate întrebuința peste chilot sau peste scutecul făcut pantalonaș un sac de finet sau un pantalon cu botoșei, care lasă libere membrele inferioare. Atît pantalonul cu botoșei, cît și sacul se pot confecționa din scutecele care au fost folosite în primele săptămîni de viață ale copilului.

Cînd se schimbă copilul? De 6—8 ori pe zi, și anume înainte de fiecare masă și după baie. Dacă îl schimbăm mai des, copilul se deprinde cu aceasta: va urina mai des, va cere prin plîns și țipete să fie schimbat de fiecare dată. El încearcă astfel să impună mamei și celor din jur să se ocupe cît mai des de el. Schimbînd copilul mai rar îi formăm deprinderea de a urina mai rar. Aceasta ne va folosi la 6—7 luni, cînd îl putem obișnui să urineze la oală. Subliniem că este bine ca înfășatul să fie făcut înainte de supt, pentru a nu mișca și tulbura copilul după aceea; în caz contrar putem provoca vărsături și îi întîrziem adormitul.

Pentru a evita iritarea pielii copilului va trebui ca înainte de a-i schimba rufăria să-l săpălăm bine de urină sau materii fecale cu apă călduță, folosind un tampon de vată pe care apoi îl aruncăm. Insistăm ca pielea să nu fie pudrată cu talc sau unsă cu ulei înainte de a fi spălată bine de urină sau materii fecale, deoarece grăsimea adăugată peste pielea murdară favorizează apariția iritațiilor.

Spălatul rufelor copilului. Rufele murdare se spală cel mai bine cu apă caldă și un detergent (Perlan, Alba), curînd după întrebuințare. Obiceiul de a folosi rufele care au rămas îmbibate de urină este neigienic, pentru că provoacă o serioasă iritare a pielii. Dacă rufele murdare nu pot să fie spălate imediat după schimbare se vor îndepărta materiile fecale de pe ele și vor fi păstrate într-o găleată metalică cu capac pînă la ora spălării; ele se mai pot păstra în apă cu detergent. În orice caz, rufele murdare nu pot fi păstrate mai mult de 6—10 ore și este recomandabil să fie fierte cel puțin de două ori pe săptămînă. În prima lună de viață este recomandabil să fierbem zilnic rufele. Vom evita spălarea acestor rufe împreună cu ale adulților, precum și săpunul care conține prea multă sodă. De asemenea vom limpezi bine rufele pentru ca să nu păstreze urme de săpun.

Îmbrăcămintea și încălțămintea adecvate contribuie la buna dezvoltare a copilului. Cele mai bune materiale pentru rufărie, rochițe, bluze și pantalonași sînt pînza de bumbac, batistul și tricotajul datorită proprietăților lor izolatoare și calității de a absorbi mai bine transpirația. Vom prefera culorile deschise, pastel sau alb, întrucît eventualele pete se observă mai ușor și pentru că reflectă mai bine lumina, ferind astfel copilul de supraîncălzire. Îmbrăcămintea va avea dimensiunile corespunzătoare vîrstei și nu va stînjeni mișcările copilului. Întrucît copilul crește se pot lăsa rezerve la cusături, dar îndoiturile nu se recomandă. Rufăria de iarnă trebuie să fie de asemenea comodă, cu mîneci lungi, pentru ca îmbrăcămintea confecționată din lînă să nu irite pielea. Copilul trebuie să aibă totdeauna un aspect îngrijit, căci îmbrăcămintea murdară, necălcată, pătată, îl obișnuiește cu dezordinea, pe care o va manifesta și în alte domenii. *Obișnuiți copiii să fie ordonați încă de mici, să le placă curățenia și frumosul.*

Scanned with OKEN Scanner

Alimentația sugarului

1. Alimentația naturală

Laptele de mamă este cel mai bun aliment al sugarului de vîrstă fragedă, permițînd o adaptare deplină la viața extrauterină. În viața intrauterină, copilul este hrănit prin sîngele mamei. După naștere, copilul se hrănește în mod independent, în care scop încep să fie secretați fermenții digestivi în stomac și intestin, dar puterea lor este încă slabă. Numai cu încetul, în cursul lunilor următoare, sucul gastric și secrețiile intestinale încep să fie suficiente și digestia se poate desfășura în mod normal și cu alte alimente decît laptele mamei. Laptele matern este alimentul cel mai bine suportat de sugar, este propriu speciei umane, se digeră ușor, este lipsit de microbi, conține vitaminele necesare și anticorpi (substanțe cu acțiune antimicrobiană), precum și diferiți fermenți care ajută digestia. Un litru de lapte de mamă conține circa 870 grame apă, 15 grame albumine, 35—40 grame grăsime, 70 grame hidrocarbonate (lactoză), săruri minerale, vitamine, anticorpi, fermenți și furnizează aproximativ 700 de calorii. În cazurile speciale, sugarul poate fi hrănit cu lapte de vacă, dar acest aliment prezintă multe inconveniente : este un lapte cu o compoziție nepotrivită pentru sugar, fiind destinat altei specii animale ; se infectează lesne cu microbi care se înmulțesc foarte repede, în special vara, dacă nu este păstrat în condiții corespunzătoare ; prin fierbere pierde fermenții și vitaminele.

Femeia care alăptează se reface mai ușor după naștere decît cea care nu alăptează, se leagă mai mult de copil, este mai calmă și are sentimentul datoriei împlinite. Dar mai important este faptul că sugarul hrănit la sîn se dezvoltă mult mai bine. Un copil hrănit la sîn nu suferă niciodată de infecții intestinale de origine alimentară.

În primele 6—7 zile după naștere, mama secretă un lapte care are ceva din serul sanguin pe care îl primea fătul în uter și care se numește colostru, iar popular horastră sau colastră. În comparație cu laptele, el este bogat în albumine, substanțe imunizante, săruri minerale și mai sărac în cazeină, grăsime și lactoză. El asigură echilibrarea organismului și, datorită conținutului său bogat în săruri minerale, exercită o acțiune laxativă, necesară în primele 24 de ore de după naștere. Colostrul are o valoare energetică de 520—570 de calorii la litru, constituind cel mai adecvat aliment pentru primele zile de viață. Colostrul are culoarea gălbuie, este translucid și în 6—7 zile se transformă în lapte normal. Compoziția laptelui de femeie prezintă variații în legătură cu perioada lactației și cu ora din zi. Compoziția variază chiar în cursul aceluiași supt : prima parte este mai săracă în grăsimi decît laptele de la sfîrșitul suptului. Cantitatea de lapte secretat în 24 de ore depinde și de vigoarea cu care suge copilul. Faptul că laptele mamei este cel mai bun aliment pentru sugar este demonstrat în mod riguros și de faptul că sugarii hrăniți la sîn se dezvoltă normal, au pielea roz, catifelată, cu un strat celuloadipos tare, nu prezintă tulburări gastrointestinale și se îmbolnăvesc mult mai rar decît cei hrăniți artificial. *O mamă care și-a dorit copilul și-l iubește trebuie s-o dovedească hrănindu-l la sîn !*

Curînd după naștere, mama nu are uneori destul lapte. Ea nu trebuie să-și piardă răbdarea, ci să-și pună copilul la fiecare 3 ore la sîn, întrucît suptul este stimulentul cel mai

Scanned with OKEN Scanner

bun pentru secreţia lactată. Secreţia lactată nu este abundentă la început; unele mame au puţin lapte în primele 2—3 săptămîni, pentru ca apoi cantitatea să crească corespunzător, iar alte mame au o cantitate mare de la început (furia laptelui) şi sînii sînt dureroşi. Dacă mama observă că copilul nu a supt cantitatea necesară, este agitat, nu doarme, plînge, nu creşte în greutate, se va adresa de urgenţă medicului.

Fig. 118. — Poziţia corectă în alimentaţia la sîn.

Copilul se naşte cu deprinderea de a suge. Din primele clipe de viaţă se remarcă mişcările de supt ale copilului. De aceea este bine ca sugarul să primească laptele matern direct de la sîn. Dacă îi vom da laptele mamei cu linguriţa sau cana, mama va pierde mai curînd laptele şi apar pericolele contaminării laptelui cu microbi.

Primul supt va fi la 12—24 de ore de la naştere (în funcţie de starea copilului şi a mamei). În acest interval se dau la fiecare 2—3 ore cîte 2—3 linguriţe de apă zaharată 5%. Prima punere la sîn trebuie făcută cu răbdare, întrucît copilul are o uşoară toropeală după naştere şi oricum este... la primul supt.

Păstrarea disciplinei orelor de supt este importantă; cea mai mică şovăire din partea mamei va altera ritmicitatea meselor şi de aici o serie de neplăceri atît pentru mamă cît şi pentru copil.

Înainte de a pune copilul la piept, mama va trebui să-şi facă toaleta sînului şi a mîinilor: se va spăla pe mîini cu apă şi săpun, după care va şterege sfîrcul şi pielea din jurul mamelonului cu apă fiartă şi răcită. *Toaleta mîinilor şi sînului trebuie făcută cu regularitate la fiecare masă.* Cînd mama se poate ridica din pat va alăpta copilul şezînd comod pe un scaun, bine rezemată de speteaza lui şi sprijinindu-şi ambele picioare pe un scăunel mic sau numai piciorul drept, atunci cînd alăptează din sînul drept sau stîngul, cînd alăptează din cel stîng. Dacă mama stă incomod obosește curînd şi uneori ia copilul prea repede de la piept. După ce schimbă rufăria copilului îşi spală mîinile şi sînul, culcă copilul pe genunchi şi îl susţine cu mîna de-a lungul spatelui, capul copilului fiind aşezat în plica cotului mamei; apoi ia sînul între degetele mijlociu şi arătător, mulge cîteva picături de lapte şi introduce mamelonul în gura copilului, apăsînd uşor sînul şi supraveghind ca sugarul să poată respira în timpul suptului (fig. 118).

Durata şi orarul supturilor. Primele supturi nu vor depăşi 5—10 minute, deoarece cantitatea de colostru este mică, mameloanele trebuie protejate de fisuri şi copilul nu are putere să sugă. După cîteva zile copilul se obişnuieşte să sugă şi trage laptele cu putere. Se instalează şi secreţia lac-

Scanned with OKEN Scanner

tată a mamei ; de aceea, durata suptului poate fi prelungită pînă la 15—20 de minute. Accentuăm că durata suptului nu va fi niciodată prelungită peste 15—20 minute. La sfîrșit, sugarul va fi ridicat vertical și sprijinit de pieptul mamei, provocîndu-i-se eructația (eliminarea aerului înghițit în timpul suptului), prin mici lovituri cu palma pe spate, între omoplați. La început vom da sînul la orele : 6, 9, 12, 15, 18 și 21 (eventual și 24) la un copil normal ; subponderalii și prematurii vor primi 8—10 supturi, la aproximativ 2 ore, după prescripția medicului. Este de dorit ca sugarul să nu fie alimentat înainte de somn, ci după ce s-a trezit. În felul acesta suge mai puternic și, fiind sătul, rămîne liniștit după aceea, chiar dacă nu doarme. De fiecare dată, alăptarea se face la un singur sîn. De altfel, laptele de la începutul alăptării este mai sărac în grăsimi, deci un sugar care suge de fiecare dată din ambii sîni va primi un lapte mai puțin hrănitor. Numai cînd mama are prea puțin lapte va putea pune copilul să sugă de fiecare dată de la ambii sîni. Dacă, dimpotrivă, laptele este în cantitate prea mare, cantitatea care a rămas după ce a mîncat copilul se va extrage prin muls pînă la ultima picătură pentru a menține în continuare secreția lactată.

Copilul suge destul ? Creșterea normală a greutății dovedește că sugarul își primește cantitatea necesară de lapte. Atunci cînd se bănuiește o creștere insuficientă a greutății se poate face *proba suptului :* se cîntărește copilul, timp de 24 de ore, înainte și după fiecare supt, făcîndu-se diferențele dintre greutatea copilului înainte de supt și cea după supt ; adunînd cantitățile de lapte primite de copil la toate supturile din 24 de ore aflăm cantitatea globală de lapte primită de copil în cele 24 de ore. Cantitatea de lapte care trebuie să o primească un sugar în 24 de ore depinde de vîrsta și greutatea lui. Orientativ vom arăta că un copil în a 2-a zi de viață va suge 70—80 grame ; în a 3-a zi, 140—180 grame ; în a 4-a zi, 240—280 grame ; la 2 săptămîni circa 500 grame ; la o lună, 600—650 grame ; la 2 luni, 700—750 grame ; la 3 luni 850—900 grame. Sau, folosind o formulă simplă și practică, mai putem spune și astfel : copilul de 2—6 săptămîni suge o cantitate de lapte egală cu 1/5 din greutatea lui ; de la 6 săptămîni la 4 luni, circa 1/6 din greutate ; de la 4 la 6 luni, aproximativ 1/7 din greutatea lui. După o altă formulă copilul suge zilnic cîte 150 g lapte pe fiecare kilogram de greutate a corpului, cantitate repartizată în cele 5—6 supturi. Cu alte cuvinte, un copil de 5 kilograme suge 750 grame de lapte pe zi.

Ce facem dacă mama nu are lapte suficient ? Nu toate mamele au lapte suficient : unele nu au avut răbdarea necesară, altele au făcut fisuri la mamelon și de teama durerii nu au lăsat suficient timp copilul la sîn, în sfîrșit la altele secreția lactată este insuficientă. Pentru prevenirea și remedierea acestor situații se pot aplica pe ambii sîni cîteva ședințe de raze ultraviolete sau mama va bea cîte 100—200 grame apă, limonadă sau ceai cu 10—15 minute înainte de fiecare supt. Berea și supele cu făinoase nu stimulează secreția lactată mai mult decît alte lichide, iar ceapa nu are nici un efect. Unii copii refuză sînul după ce mama a ingerat o cantitate mai mare de ceapă sau varză. Băuturile alcoolice sînt strict contra indicate mamei, deoarece alcoolul trece în lapte provocînd sugarului intoxicații deosebit de grave.

Igiena alimentară a mamei care alăptează. Cu acest prilej reamintim că alimentația mamei este cea obiș-

Scanned with OKEN Scanner

nuită, la care se adaugă circa 1/2 litru de lapte sau iaurt și obligatoriu legume verzi sub formă de salate sau fierte (cu unt, ulei, smîntînă), ca și fructe proaspete. Cu excepțiile arătate nu există alimente care să dăuneze copilului, dacă sînt bine tolerate de mamă. Pentru sănătatea ei și a copilului pe care-l alăptează, mama are nevoie de vitamine în cantități mai mari care pot fi acoperite prin Viplex (2—3 drajeuri pe zi) sau Polivitamine (6—8 drajeuri pe zi).

Subliniem *că cel mai bun stimulent pentru secreția lactată rămîne suptul copilului.* Chiar dacă cu toate eforturile depuse (sub control medical) cantitatea de lapte rămîne sub necesar reținem totuși, că în general *90% din femei sînt capabile să-și alăpteze cel puțin parțial copilul.* Pentru a preîntîmpina însă subalimentarea copilului, mama va trebui să se adreseze medicului pentru a fi îndrumată în privința completării alimentației. Pentru a nu-și înțărca prea devreme copilul, mama să nu ofere sugarului laptele cu ajutorul biberonului, căci copilul va opta repede pentru biberon, deoarece laptele de vacă sau praf la care s-a adăugat zahăr și făină este mult mai gustos decît laptele de mamă și sugarul depune un efort mai mic decît la supt. Pentru ca sugarul să nu refuze sînul (deci să nu se înțarce prematur) recomandăm alimentația cu linguriță, pe care sugarii o deprind de obicei lesne, mai ales dacă li s-a administrat în prealabil ceaiul tot cu linguriță.

2. Alimentația mixtă

Completarea alimentației la sîn cu preparate de lapte praf sau de vacă se numește alimentație mixtă. Introducerea alimentației mixte poate fi determinată de boli ale mamei sau copilului sau de reintrarea mamei în cîmpul muncii. În unele cazuri sugarul va primi completări la anumite supturi, în alte cazuri se recomandă metoda alternativă (la unele mese numai sîn, iar la altele numai alimentație artificială). Ori de cîte ori mama are cel puțin jumătate din cantitatea necesară de lapte este preferabil să facă un efort ca să asigure unele mese exclusiv la sîn și să ofere alte mese artificiale. Dacă toate supturile sînt insuficiente este evident că sîntem obligați să instituim alimentația mixtă complementară.

Mamele din cîmpul muncii se pot găsi fie în situația de a-și alăpta în continuare copilul la creșa situată în apropierea locului de muncă, fie, dacă sugarul rămîne acasă, să instituie alimentația mixtă alternativă. Este indicat ca această modificare să fie pregătită din timp, prin introducerea treptată cu 6—7 zile înainte de începerea serviciului, a preparatului alimentar indicat de medic. Perioada de pregătire a sugarului pentru alimentația mixtă mai poate fi folosită și pentru reducerea numărului de mese la 5, cu pauze de 4 ore între ele (copilul ar urma să sugă la orele 6, 14, 18, 22 și să primească o masă artificială la orele 10).

3. Alimentația artificială

Laptele mamei este un drept care nu poate fi răpit copilului. Din păcate există situații care impun trecerea timpurie la alimentația artificială. Fiind o operație destul de delicată este necesar ca mama să-și însușească în toate amănuntele sfaturile date de medicul pediatru potrivit cu cerințele sugarului. Laptele de vacă rămîne alimentul de bază pentru sugarii lipsiți de lapte matern în primele 3—4 luni de viață. Cel mai mare neajuns este acela că și microbilor le prieste acest lapte, ceea ce obligă să se res-

Scanned with OKEN Scanner

pecte cu sfinţenie anumite principii de igienă. În cazul încălcării normelor de igienă, microbii prezenţi în lapte se înmulţesc foarte repede, iar sugarul este expus unor grave îmbolnăviri. Riscurile molipsirii laptelui cu microbi sînt atît de frecvente, încît este absolut necesar ca mama să administreze preparate de lapte de vacă numai *dacă laptele satisface anumite condiţii.*

— Să fie pus la fiert cît mai curînd după muls sau după ce a fost cumpărat.

— Să fiarbă în clocote timp de 10 minute, la foc mic, după care să fie răcit brusc într-un vas mai mare cu apă rece (eventual schimbăm în acest timp apa de 2—3 ori, ca laptele să se răcească cît mai repede).

— După răcire să fie pus imediat la gheţar sau frigider. Nu este igienic obiceiul de a lua laptele de pe foc după ce a dat în primul clocot, şi de a-l lăsa descoperit pînă ce se răceşte. Păstrarea la rece implică o temperatură constantă de cel mult 6—8 grade ziua şi noaptea. Se mai poate folosi pivniţa sau cămara rece în cursul anotimpului friguros, balconul sau fereastra deschisă atît timp cît temperatura în locul respectiv nu trece de 6—8 grade. Laptele se poate păstra la rece într-o oală acoperită cu un capac adaptat perfect, care împiedică pătrunderea prafului, sau mai bine laptele fiert cu făină sau zahăr este repartizat în 5—6 porţii, pentru 24 de ore, în biberoane închise cu o tetină negăurită. În acest fel putem păstra preparatele alimentare şi într-o oală aşezată sub un robinet din care se scurge „un fir de apă", care întreţine temperatura scăzută (6—8 grade). Înaintea fiecărei mese luăm numai cantitatea necesară de lapte şi o preparăm conform prescripţiei medicului. Dacă sînt pregătite biberoane pentru 24 de ore încălzim un biberon într-un vas cu apă caldă şi-l administrăm imediat sugarului. Pentru a verifica temperatura preparatului se utilizează încercarea prin picurare pe pielea mîinii, ca în fig. 119. Această

Fig. 119. — În acest mod se încearcă temperatura laptelui din biberon.

porţie, o dată ce a fost încălzită, nu mai poate fi păstrată pentru mesele următoare. Dacă urmează să administrăm doar o parte din conţinutul biberonului luăm numai cantitatea necesară pe care o încălzim într-un ibric. Chiar şi laptele acidulat suportă o reîncălzire la temperatura de 40—45 grade.

Dacă nu putem respecta toate aceste condiţii, alimentaţia cu lapte de vacă proaspăt implică mari riscuri. Din aceste motive este preferabil laptele praf.

Laptele praf a contribuit substanţial la scăderea masivă a diareelor de vară la sugari. Laptele praf asigură şi o digestie mai bună, datorită fragmentării fine a proteinelor. Laptele

Scanned with OKEN Scanner

praf integral este un lapte de bună calitate, din care a fost înlăturată apa și care își păstrează calitățile timp de 6 luni (conform datei înscrise pe cutie), cînd este ambalat în pungi de masă plastică. Acest lapte este produs de fabricile Rarăul și Mureșul. Același termen de 6 luni valabilitate privește și laptele praf smîntînit Lacto. Durata de conservare este mai lungă (2—3 ani) la laptele praf ambalat în cutii metalice închise ermetic, în care pulberea este ferită de aer (atmosferă de azot).

În mod normal, laptele praf este alb-gălbui, omogen, fără grunji, fără miros, cu un gust plăcut de lapte proaspăt, de caimac dulce. Nu vom folosi pulberea, dacă culoarea este galbenă-închisă, dacă are grunji și dacă are miros de unt rînced, „de seu". Laptele praf trebuie păstrat la loc răcoros și uscat pentru că rîncezește curînd. După ce am deschis punga sau cutia metalică este indicat să folosim produsul în 10—14 zile, păstrîndu-l tot la loc uscat și răcoros.

Reconstituirea laptelui integral se face adăugînd cantitatea de apă care a fost extrasă în momentul pulverizării. Pentru a reconstitui laptele de vacă ne putem conduce după volum (mult mai practic) sau după greutate (mult mai exact). În volum : la un pahar cu lapte praf adăugăm 4 pahare cu apă fiartă și răcită. După greutate : la 125—130 grame lapte praf adăugăm 900—950 mililitri apă fiartă și răcită. Dacă nu avem posibilitatea să cîntărim exact reținem că o linguriță rasă de lapte praf conține circa 3 grame iar o lingură rasă circa 10 grame. Dacă medicul recomandă se folosesc alte produse industriale decît laptele praf integral : lapte praf semiecremat (Lacto), babeurre în pulbere (Eledon).

Diluțiile de lapte. Sugarilor din primele 3—4 luni de viață nu li se poate da lapte integral. Pentru ca sugarul să poată digera proteinele și grăsimile unui lapte care are altă compoziție decît cel al mamei sale (fiind destinat altei specii animale), acest lapte trebuie diluat. Concentrațiile potrivite în raport cu vîrsta și alte particularități ale sugarului vor fi recomandate de medic. Aici putem numai preciza că în prima lună de viață și numai în această scurtă perioadă se poate folosi laptele diluat la jumătate adică 50% apă și 50% lapte de vacă sau circa 65 grame lapte praf pentru 1 litru. Prelungirea peste vîrsta de o lună a diluției la jumătate este dăunătoare, pentru că produce subalimentație, cu o creștere insuficientă în greutate și o scădere a rezistenței la infecții : apare distrofia. La sugarii care au intrat în a doua lună de viață se recomandă laptele de vacă diluat 2/3 (2 părți lapte și 1 parte apă) sau 3/4 (3 părți lapte și 1 parte apă), ceea ce corespunde cu 85 grame și 100 grame praf la litru. Către vîrsta de 5 luni cel mai tîrziu 6 luni, se recomandă laptele integral (nediluat) la copiii normal dezvoltați și sănătoși. Deși diluția înlătură unele defecte ale laptelui de vacă, valoarea calorică a diluțiilor 1/2, 2/3, 3/4 nu acoperă nevoile sugarului. De aceea, în produsele alimentare destinate sugarilor se adaugă zahăr și făină, în proporția prescrisă de medic. Zahărul se adaugă în concentrația de 5% la diluția respectivă de lapte (1 linguriță zahăr = 5 grame ; 1 lingură = 15 grame) și este obligatoriu să fiarbă în clocot. Digestia este mai ușoară și rezultatele alimentației artificiale sînt superioare, dacă sugarul primește și făinuri sau derivate. Copilul născut la termen și sănătos este capabil să digere amidonul după primele 7—14 zile de viață, bineînțeles sub forma și în cantitățile recomandate de medic și verificate printr-o încercare pru-

Scanned with OKEN Scanner

dentă. Amintim că în primele 3—4 luni se utilizează apa și mucilagiul de orez sau de fulgi de ovăz, un amidon alimentar preparat special pentru sugari cum este produsul Zeamil, făina albă de grîu etc. Mucilagiul de orez sau apa de fulgi de ovăz se utilizează fie pentru diluarea laptelui de vacă, fie ca lichid pentru reconstituirea laptelui praf integral (sau Eledon sau Lacto). În același fel se utilizează și fierturile de Zeamil sau făină de grîu.

Apa de orez are o concentrație slabă. De aceea va fi folosită numai prima lună de viață, ca lichid de diluție pentru laptele praf integral, laptele praf Lacto sau Eledon. Dacă la această vîrstă s-a recomandat lapte de vacă vom utiliza mucilagiul de orez 2—4%.

Mod de preparare: orezul se alege și se spală bine. La 50 grame orez (2 linguri pline) se adaugă 2 litri de apă și se lasă la muiat 12 ore într-un loc răcoros. Se fierbe apoi în clocote mici în aceeași apă, pînă ce amestecul scade la jumătate. Se strecoară și se stoarce. Se mai dă un clocot. Se răcește brusc. Se folosește astfel: a) se poate păstra 24 de ore la rece. Înainte de fiecare masă se agită apa de orez pentru omogenizare. Se ia numai cantitatea necesară pentru masa respectivă și se prepară cu laptele, zahărul, acidul. Se dă imediat copilului; această porție o dată ce a fost încălzită nu mai poate fi păstrată pentru mesele următoare; b) se prepară imediat tot laptele acidulat pentru 24 de ore.

Pentru copii care au intrat în a 2-a lună de viață se utilizează mucilagiul de orez, mai concentrat dacă utilizăm lapte de vacă și mai diluat dacă folosim un lapte industrial.

Mucilagiul de orez 2%. Mod de preparare: orezul se alege și se spală bine. La 25 grame orez (1 lingură plină) se adaugă 2 litri de apă și se lasă la muiat 12 ore într-un loc rece. Se fierbe în clocote mici în aceeași apă, pînă ce amestecul scade la jumătate. Se trece totul prin sită pînă ce mucilagiul de orez rezultat este omogen. Se mai dă un clocot. Se răcește brusc. Se folosește astfel: a) se poate păstra 24 de ore la rece. Înainte de fiecare masă se agită mucilagiul pentru omogenizare. Se ia numai cantitatea necesară pentru masa respectivă și se prepară cu laptele, zahărul acidul. Preparatul se dă imediat copilului; această porție, o dată ce a fost încălzită, nu mai poate fi păstrată pentru mesele următoare: b) se prepară imediat lapte acidulat pentru 24 de ore.

La sugarii care au intrat în luna a 2-a de viață se poate utiliza cu succes și amidonul din porumb Zeamil (1 linguriță = 5 grame), care este digerat foarte lesne. La sugarii de 3—4 luni se mai recomandă și făina (1 linguriță = 5 grame); aceasta este mai ușor digerată de sugar dacă este rumenită într-o tigaie încinsă și fără grăsime, în timp ce amestecăm mereu cu o lingură de lemn. Toate aceste făinuri se dizolvă la rece în puțină apă; Zeamilul trebuie să fiarbă 10 minute iar făina 20 de minute.

În concluzie: *diluția corectă a laptelui, adaosul de zahăr și făinuri sub forma și în concentrația potrivită sînt condițiile unei alimentații corecte artificiale, bineînțeles cu respectarea riguroasă a normelor de igienă.* Reținem că un preparat pregătit cu lapte praf se digeră mai ușor decît unul similar la care s-a folosit laptele proaspăt de vacă.

Acidularea laptelui. Unii sugari se pot adapta la alimentația cu lapte de vacă, dacă acesta este diluat corect și îmbogățit cu zahăr și făinuri sub forma și în concentrația potrivită stării lor. Dar numai unii. Digestia laptelui de vacă obligă tubul digestiv

Scanned with OKEN Scanner

al sugarului la un surplus de activitate, pe care nu orice organism îl poate efectua, mai ales cînd este bolnav. Se știe că preparatele de lapte acidifiat prin fermentație naturală (babeurre, iaurt) ușurează digestia mai ales a unor categorii de copii distrofici, dispeptici. Acidifierea artificială a laptelui (cu acid lactic, citric, zeamă de lămîie) corectează și ea neajunsurile digestiei laptelui. Acidifierea corectă se opune și înmulțirii microbilor în preparatele cu lapte destinate sugarilor. Acidul utilizat, concentrația și cantitatea necesară la sugarul respectiv sînt recomandate de medic. Reținem că laptele acidulat se prezintă ca un lapte ușor neomogen, ca și cum ar fi format din cheaguri foarte mici, ca un griș foarte fin. Tocmai această coagulare fină a laptelui ne arată că prepararea laptelui este reușită, că digestia va fi înlesnită. Iată cîteva preparate de lapte acidulate. Rețetele sînt pentru 1 litru.

Laptele acidulat 2/3 cu mucilagiu de orez 2%, cu lapte praf integral. La 1 litru mucilagiu de orez 2% se adaugă 10 linguriţe de zahăr şi se fierbe în clocot 1 minut. Laptele praf integral 85 grame se desface cu puţină apă fiartă şi răcită şi se adaugă la fiertura de mai sus cînd este fierbinte, în timp ce se agită foarte repede cu furculiţia sau cu telul. Se răcește brusc. Cînd laptele este călduț (la 37°) se adaugă cu picătura, în timp ce se bate repede cu furculița (telul), 4 linguriţe de soluţie 10% acid lactic sau zeamă de lămîie. Se pune imediat la rece; se poate păstra 24 de ore la cel mult 6—8 grade. Înainte de fiecare masă se agită laptele, se ia numai cantitatea necesară pentru masa respectivă și se încălzește la 37 grade. Se dă imediat copilului; această porție, o dată ce a fost încălzită, nu se mai poate păstra pentru mesele următoare.

Laptele acidulat 2/3 cu Zeamil și lapte praf integral. La 1 litru de apă se adaugă 10 linguriţe de zahăr şi 4 linguriţe de Zeamil. Se fierbe împreună în clocote mici 10 minute. Laptele praf integral 85 g se desface cu puţină apă fiartă şi răcită şi se adaugă la fiertura de mai sus cînd este fierbinte, în timp ce se agită foarte repede cu furculiţa sau cu telul. Răcirea, acidularea, păstrarea şi servirea se fac întocmai cum s-a arătat la reţeta precedentă.

Laptele acidulat 2/3 cu Zeamil și lapte proaspăt de vacă. La 700 ml lapte de vacă crud și proaspăt se adaugă 10 linguriţe de zahăr, 4 linguriţe de Zeamil şi 300 ml apă. Se fierbe împreună cu clocote mici 10 minute. Se adaugă apă pînă la nivelul iniţial şi se mai dă încet un clocot. Se răcește brusc. Apoi se procedează cum s-a arătat mai sus.

Dacă nu există condiţiile menţionate pentru păstrarea la rece a preparatului alimentar, mama va pregăti separat, înainte de fiecare masă, numai cantitatea necesară.

Alimentaţia artificială se face cu un lapte străin, a cărui digestie este mai grea şi mai lungă, cu toate modificările pe care le suferă. De aceea, şi dacă medicul nu recomandă altfel, la sugarii normal dezvoltaţi şi sănătoşi se recomandă 5 prînzuri pe zi, la 4 ore interval (de exemplu, la orele 6, 10, 14, 18 şi 22). În primele 6 săptămîni de viaţă se pot administra totuşi 6 mese la 3 ore. Mama nu trebuie să se sperie dacă copilul nu ia în întregime raţia alimentară prescrisă, după cum nu trebuie să mai administreze lapte în cursul pauzelor, nici să administreze mai multe prînzuri în 24 de ore, la intervale mai scurte. Creşterea în greutate şi buna dispoziţie a copilului sînt cele mai

Scanned with OKEN Scanner

bune indicii ale unei alimentații artificiale corecte. Constituie o greșeală care poate avea urmări nebănuite, îndoparea copilului din dorința de a obține performanțe la greutate. În nici un caz mama nu trebuie să modifice alimentația copilului din proprie inițiativă.

4. Vitaminele și prevenirea rahitismului

Nevoile în vitamină C sînt acoperite la sugarii alimentați natural și în primele 3 luni de viață din zarzavaturile și fructele crude, alimentația mamei, din polivitaminele pe care mama trebuie să le ia permanent. Sugarii alimentați artificial vor primi începînd de la 1 lună (iar cei alimentați natural de la 3 luni) cîte 50 mg vitamină C pe zi (1 comprimat mic de 0,05 grame sau un sfert de comprimat „200", de 200 mg), sfărîmată în puțin ceai, o dată pe zi, între două mese ; această cantitate este necesară mai ales la cei care nu primesc sucuri de fructe sau numai o cantitate insuficientă din acestea.

Sucurile de fructe pot fi introduse la sugarii sănătoși de la vîrsta de 2 luni. Cele mai bogate în vitamină C sînt sucurile de morcovi cruzi, de roșii, de mere, de portocale. Toleranța nu este identică la toți copiii și pentru oricare din aceste sucuri ; unele dintre ele (ca cel de roșii) pot fi și periculoase, pentru că cu greu poate fi împiedicată contaminarea cu microbii care se pot găsi pe suprafața fructului crud. Vom începe treptat cu cîte o jumătate de linguriță, eventual diluată la început cu apă zaharată, și vom urca treptat în 7—14 zile, pînă la 2—3 lingurițe pe zi de suc la sugarii de 2—3 luni, circa 25—30 grame între 3 și 4 luni și circa 50 grame pe zi între 4 și 6 luni. Sucurile de mere și de morcovi cruzi sînt de obicei bine tolerate și pot fi îndulcite cu puțin sirop de zahăr. Ele vor fi administrate proaspăt stoarse, o dată pe zi, între două mese, de preferință cu linguriță.

Prevenirea rahitismului face parte din marile imperative ale îngrijirii corecte a sugarului. Ea se realizează după indicațiile medicului de circumscripție, care urmărește sugarul. De maximă importanță sînt igiena generală a camerei sugarului, plimbările afară la aer, expunerea corectă la soare, alimentația conform cerințelor sugarului și aportul suplimentar de vitamină D. Administrarea preparatelor de vitamină D trebuie făcută strict după prescripție și niciodată după propria inspirație, deoarece depășirea dozelor necesare expune copilul la tulburări grave.

Diversificarea alimentației

Indiferent dacă sugarul este alimentat natural, artificial sau mixt, la un moment dat laptele și preparatele simple din lapte nu mai sînt suficiente. Devine necesară o reconsiderare a rației alimentare. Nu există o regulă fixă pentru a stabili vîrsta la care să se înceapă diversificarea alimentației, după cum nu se poate preciza ordinea în care să fie introduse diferitele alimente și preparate alimentare noi. S-a constatat totuși că sugarii de vîrstă mai mică (3—4 luni) acceptă mai lesne aceste schimbări decît cei mai mari, care s-au obișnuit cu alimentația anterioară și acceptă mai greu orice modificare, sînt mai încăpățînați. Administrarea cu linguriță este un principiu de bază în cadrul diversificării. Mama va începe să administreze noul aliment înaintea unei mese și la patru ore după masa precedentă, pentru ca sugarului să-i fie foame. În primele zile ne vom mulțumi cu cîteva lingurițe din felul cel nou și vom completa masa cu lap-

Scanned with OKEN Scanner

tele pe care-l dăm și la celelalte prînzuri.

Dacă sugarului nu-i place nici linguriţa, nici noul fel ar fi o greşeală

Fig. 120. — Alimentarea corectă cu linguriţa.

să perseverăm într-o încercare care nu are sorţi de izbîndă și să facem greşeli peste greşeli. De exemplu ar fi o greşeală gravă să folosim forţa pentru a obliga copilul să mănînce. Este de preferat să se amîne introducerea noului aliment cu două săptămîni sau să se înceapă cu un alt aliment, dacă am avut impresia că sugarul nu refuză linguriţa, ci refuză noul fel. Nu trebuie făcută nici greşeala de a subţia prea tare noul aliment și de a-l da cu biberonul ; diversificarea se face numai cu linguriţa. Iată cîteva feluri cu care se poate face diversificarea alimentaţiei :

Pireul de legume. Se folosesc cartoful, morcovul, spanacul, salata verde, dovleceii ; se pot încerca și gulia, pătlăgelele roșii. De obicei nu se administrează sugarilor legume mai greu de digerat, cum sînt conopida și fasolea uscată. Unele mame prepară pireul din toate legumele care au fiert în supă, dar este mai bine ca pireul să fie pregătit dintr-o singură legumă. Dacă o legumă a fost refuzată, ea va fi oferită din nou sugarului abia după 3—4 săptămîni. Leguma respectivă va fi cît mai proaspătă și bine spălată. Se aleg numai părţile sănătoase și se pun la fiert în cît mai puţină apă, cu un pic de sare. Fierberea trebuie să aibă loc într-un vas acoperit pentru a se evita pierderea exagerată a vitaminelor. Zarzavatul perfect înmuiat se trece printr-o sită fină. Fierberea zarzavatului la aburi este superioară, permiţînd o înmuiere perfectă a legumelor, cu conservarea culorii, a gustului, sărurilor minerale și în bună parte a vitaminelor ; oalele speciale care se pot procura din comerţ sînt excelente pentru acest scop. Legumele congelate, deshidratate sau conservele, ca mazărea verde, fasolea verde, dovleceii, sucul de roșii, pot fi folosite pentru sugar la vîrsta cînd i-am putea administra leguma respectivă proaspătă. La zarzavatul perfect omogenizat după trecerea prin sită (1—2 linguri la copiii sub 6 luni și 4—5 linguri la copiii spre 1 an) adăugăm 1—2 linguriţe unt sau ulei, sau 4—6 linguriţe de caimac, sau 1—2 linguri de smîntînă. Diluăm eventual zarzavatul și cu 3—5 linguriţe de lapte de vacă sau circa 1 linguriţă de lapte praf și în orice caz cu zeama în care a fiert zarzavatul respectiv, ca să nu se piardă sărurile minerale și o parte din vitaminele care au trecut în această apă. Pireul poate fi îndulcit cu puţin zahăr (la cartofi, morcovi), dar nu în exces, ca să nu capete un gust asemănător laptelui. La sugarii a căror greutate este

Scanned with OKEN Scanner

scăzută față de normal se poate adăuga făină rumenită (o linguriță).

La sugarii sub 6 luni se dă cel mult 100 g pireu, iar masa poate fi completată cu supă de zarzavat îmbogățită cu griș. La copiii între 6 și 12 luni, pireul poate să reprezinte întreaga masă, fără să o mai completăm cu supă.

Supa de zarzavat trebuie considerată ca un lichid de diluție, ca un complement al pireului. Pentru circa 200 mililitri supă de zarzavat se folosesc: 300—400 grame apă, o jumătate de morcov mare sau 3—4 carote, un cartof, o jumătate de ceapă, o jumătate de țelină, cîteva frunze de spanac sau salată verde și eventual păstîrnac, pătrunjel, puțin praz, o linguriță de fasole boabe. Aceste legume se spală cu grijă, tuberculii și rădăcinile se taie bucăți, se adaugă peste apa în clocot și se fierb cel puțin 1—2 ore. Strecurăm supa clară în care am adăugat un vîrf de cuțit de sare și o fierbem 20 de minute cu o lingură de griș. Se completează eventual cu apă ca să rămînă 200 ml. Supa nu poate fi păstrată pentru a doua zi decît la frigider.

Masa de fructe. Fructele conțin, ca și legumele, săruri minerale și vitamine oferind și avantajul că pot fi consumate crude. Au însă o valoare nutritivă relativ redusă, iar zeama lor crudă și resturile celulozice pot fi laxative. Fructele încep să fie administrate între 5 și 6 luni, excepțional între 4 și 5 luni. Începem cu o linguriță de mere rase, măr copt, compot de mere înaintea sau la sfîrșitul unei mese; nu mărim cantitatea de fruct înainte de a ne convinge că sugarului îi place acest nou aliment.

Fructele crude. În stare crudă pot fi date copilului mere rase pe răzătoare de sticlă după ce au fost curățate de coajă, piersici zdrobite (fără pieliță), căpșuni, fragi, afine, pere moi (100—150 grame fructe crude, alese din cele bine pîrguite, sănătoase), spălate în prealabil la curent de apă; pentru a le îmbogăți valoarea calorică se adaugă zahăr, făină de biscuiți, 1—2 lingurițe brînză de vaci sau 25—50 grame frișcă.

Compotul, mai ales cel de mere, pere, prune, fragi, căpșuni, afine, poate să înlocuiască masa de fructe crude (90% fruct, 10% zahăr); compotul va fi omogenizat fie numai prin fierbere, fie trecîndu-l prin sită.

Chiselul este foarte bine tolerat de la 5—6 luni, fiind primit cu mare plăcere de sugari. Se spală bine 200—250 grame fructe de bună calitate (mere, vișine, caise, piersici) și se fierb cu puțină apă pînă se moaie. Se trece prin sită, se adaugă zahăr și 2—3 lingurițe Zeamil sau amidon alimentar, cînd compoziția este călduță; de acum înainte se mai fierbe 10 minute; trebuie să aibă consistența unei gelatine, căreia i se mai poate adăuga zeamă de fructe crude, frișcă.

Grișul cu lapte. La una dintre mese, de preferat a doua sau a patra, se va introduce în decurs de 6—7 zile, treptat o fiertură de griș cu lapte. În prima zi se vor da sugarului 1—2 lingurițe din noul preparat, apoi vechea alimentație. A doua zi se vor oferi 1—2 linguri de griș cu lapte. În zilele următoare se va crește treptat pînă la înlăturarea vechii alimentații. Nerespectarea acestor indicații poate provoca refuzul sugarului sau chiar o diaree. Există mai multe formule pentru prepararea grișului cu lapte; elementele care variază sînt proporția de lapte, apă și griș, zahărul fiind totdeauna în concentrație de 5%. Laptele de vacă va fi în concentrație de 3/4 sau integral, iar laptele praf 10—13%; grișul se pune în con-

Scanned with OKEN Scanner

centrație de 5—7% (1 linguriță = 5 grame, 1 lingură = 15 grame). Cînd laptele fierbe cu zahărul se toarnă grișul în ploaie fină, amestecînd bine cu lingurița. De acum înainte se mai fierbe încă 10 minute (Calcigriș) sau 20 de minute (griș) și se readaugă apa evaporată. Dacă se utilizează laptele praf, acesta va fi adăugat după ce fiertura a fost scoasă de pe foc.

Gălbenușul de ou. Între 5 și 6 luni se poate începe cu gălbenușul de ou, care conține fier, vitamine și anumite grăsimi necesare sugarului. Albușul produce mai frecvent boli alergice, de aceea ne vom limita la gălbenuș pînă la 12 luni. Fierberea completă diminuează riscurile reacțiilor alergice. Vom începe cu 1/4—1/2 gălbenuș, cantitate pe care o repetăm de cîteva ori. Putem să ajungem curînd la un gălbenuș, de 3—4 ori pe săptămînă, cu legume cu supă sau numai bătut foarte bine și amestecat cu puțină sare la începutul prînzului. Nu va fi administrat în aceeași zi cu carnea. *Nu se vor folosi ouăle de rață.*

Carnea. La vîrsta de 7—9 luni se poate începe cu puțină carne fiartă de vacă sau de găină (piept sau picior), tocată cu cuțitul sau prin mașină (perișoare cu orez, pîine și ou). Începem cu 1—2 linguriițe și ajungem la 50—80 grame către 1 an. Carnea se dă la începutul mesei de prînz, cu puțin pireu, de 1—3 ori pe săptămînă în zile consecutive.

Calendarul alimentației sugarului. În tabelul alăturat se face o prezentare de ansamblu privind alimentația în primul an de viață și diversele etape ale diversificării alimentației; bineînțeles că este vorba numai de o schemă cu caracter general; rămîne ca medicul care urmărește sugarul să indice calea de urmat la copilul respectiv.

Curățirea biberoanelor și a tetinelor

Biberoanele vor fi mai lesne spălate, dacă vor fi clătite și umplute cu apă rece imediat după prînzul respectiv; în felul acesta vom evita uscarea laptelui pe pereți. Tetina va fi de asemenea clătită, o umplem cu apă rece și o apăsăm cu putere ca apa să iasă prin gaura de la vîrf. Biberoanele și tetinele vor fi sterilizate o dată în 24 de ore, de obicei în timp ce pregătim preparatul alimentar pentru 24 de ore; întîi le spălăm cu apă caldă în care este dizolvat puțin săpun, apoi le clătim cu apă caldă și le punem la fiert într-o cratiță care să le cuprindă (biberoanele vor fi învelite fiecare separat în tifon, iar toate tetinele vor fi puse într-un săculeț comun de tifon). După 10 minute de fierbere dăm cratița de o parte, o acoperim cu un capac care să se adapteze perfect și lăsăm ca apa să se răcească puțin. Ne spălăm pe mîini, aruncăm apa din oală, scoatem bibebroanele, le scurgem de apă și le umplem pînă la nivelul indicat de medic cu preparatul alimentar pregătit imediat înainte. Turnăm laptele direct în biberoane, dacă l-am preparat într-un ibric, sau cu ajutorul unei pîlnii emailate, sterilizată în prealabil și pe care o utilizăm numai pentru acest scop. Închidem fiecare biberon cu o tetină negăurită și-l punem imediat la rece după una din modalitățile descrise anterior. Chiar dacă pregătim fiecare prînz separat, fierbem în același mod biberoanele, le păstrăm și le utilizăm pe rînd la prînzurile respective. Tetinele găurite

Scanned with OKEN Scanner

CALENDARUL ALIMENTAȚIEI SUGARULUI

Vîrsta copilului în luni	Ora 6		Ora 9		Ora 12		Ora 15		Ora 18		Ora 21		Ora 24 (la unii copii)	
	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului
1	Lapte matern	70—100 grame[1], suge la sîn 15 minute	Lapte matern	70—100 grame, suge la sîn 15 minute	Lapte matern	70—100 grame, suge la sîn 15 minute	Lapte matern	70—100 grame, suge la sîn 15 minute	Lapte matern	70—100 grame, suge la sîn 15 minute	Lapte matern	70—100 grame, suge la sîn 15 minute	Lapte matern	70—100 grame, suge la sîn 15 minute

2	Ora 6		Ora 9,30		Ora 13		Ora 16,30		Ora 20		Ora 24 (la unii copii)	
	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului
	Lapte matern	100—120 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	100—120 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	100—120 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	100—120 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	100—120 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	100—120 grame, suge la sîn 20 de minute
3	Lapte matern	140—150 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	140—150 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	140—150 grame suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	140—150 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	140—150 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	140—150 grame, suge la sîn 20 de minute
			Suc de fructe ora 11—12	1—2 linguriţe, creşte treptat pînă la 6 linguriţe			ora 18 suc de fructe dacă nu a fost administrat dimineaţa					

Scanned with OKEN Scanner

			fructe ora 11—12	riţe, creşte treptat pînă la 6 linguriţe			de fructe dacă nu a fost administrat dimineaţa					

	Ora 6		Ora 10		Ora 14		Ora 18		Ora 22	
	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului	Felul hranei	Cantitatea sau durata suptului
4	Lapte matern	180 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern Suc de fructe ora 11—12	180 grame, suge la sîn 20 de minute 6—8 linguriţe	Lapte matern	180 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern Suc de fructe ora 19—20 dacă nu a fost administrat dimineaţa	180 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	180 grame, suge la sîn 20 de minute
5	Lapte matern	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte 2/3 cu 5% griş şi 5% zahăr Suc de fructe ora 12—13	100 grame; creşte treptat pînă la 200 grame 6—10 linguriţe	Lapte matern sau pireu şi supă de legume	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute 50—70 grame înaintea suptului (sau o masă întreagă)	Lapte matern Suc de fructe ora 19—20, dacă nu a fost administrat dimineaţa	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute
6	Lapte matern	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5% griş şi 5% zahăr Suc de fructe la 11—12	200 grame 6—10 linguriţe	Lapte matern Supă de legume Pireu de legume Gălbenuş de ou, în supă sau pireu de 2—3 ori pe săptămînă	100 grame suge la sîn 10 minute 50—100 grame 10—20 grame 1/4—1/2	Lapte matern Suc de fructe ora 19—20, dacă nu a fost administrat dimineaţa	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute
7	Lapte matern sau lapte cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5—7% griş şi 5% zahăr Suc de fructe	200 grame 8 linguriţe	Supă de legume Pireu de legume Gălbenuş de ou, în supă sau pireu de 2—3 ori pe săptămînă	100 grame 50—100 grame 1/2 — 1	Lapte matern (eventual completare cu mere rase sau masă de mere rase)	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern sau lapte cu griş	200 grame, suge la sîn 20 de minute
8	Lapte matern sau lapte cu griş cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5—7% griş şi 5% zahăr	200 grame	Supă de legume Pireu de cartofi cu lapte Gălbenuş de ou, în supă de 3—4 ori pe săptămînă	100 grame 100 grame 1	Lapte matern şi mere rase cu biscuiţi sau numai masă de mere rase	100 grame, suge la sîn 10 minute 100 grame	Lapte matern sau lapte cu griş cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute
9[2]	Lapte matern sau lapte cu griş cu	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5—7% griş şi 5% zahăr	200 grame	Supă de carne Pireu de legume Gălbenuş de ou, de 3—4 ori pe	100 grame 100 grame	Mere rase cu biscuiţi	200 grame	Lapte matern	200 grame, suge la sîn 20 de minute

Scanned with OKEN Scanner

							dacă nu a fost administrat dimineața			
6	Lapte matern	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5% griș și 5% zahăr Suc de fructe la 11—12	200 grame 6 — 10 linguriţe	Lapte matern Supă de legume Pireu de legume Gălbenuș de ou, în supă sau pireu de 2—3 ori pe săptămînă	100 grame suge la sîn 10 minute 50—100 grame 10—20 grame 1/4—1/2	Lapte matern Suc de fructe ora 19—20, dacă nu a fost administrat dimineața	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern	180—200 grame, suge la sîn 20 de minute
7	Lapte matern sau lapte cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5—7% griș și 5% zahăr Suc de fructe	200 grame 8 linguriţe	Supă de legume Pireu de legume Gălbenuș de ou, în supă sau pireu de 2—3 ori pe săptămînă	100 grame 50—100 grame 1/2 — 1	Lapte matern (eventual completare cu mere rase sau masă de mere rase)	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte matern sau lapte cu griș	200 grame, suge la sîn 20 de minute
8	Lapte matern sau lapte cu griș cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5—7% griș și 5% zahăr	200 grame	Supă de legume Pireu de cartofi cu lapte Gălbenuș de ou, în supă de 3—4 ori pe săptămînă	100 grame 100 grame 1	Lapte matern și mere rase cu biscuiți sau numai masă de mere rase	100 grame, suge la sîn 10 minute 100 grame	Lapte matern sau lapte cu griș cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute
9[2]	Lapte matern sau lapte cu griș cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5—7% griș și 5% zahăr	200 grame	Supă de carne Pireu de legume Gălbenuș de ou, de 3—4 ori pe săptămînă	100 grame 100 grame 1	Mere rase cu biscuiți	200 grame	Lapte matern sau lapte cu griș cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute
10	Lapte matern sau lapte cu griș cu pesmet	200 grame, suge la sîn 20 de minute	Lapte cu 5% griș și 5% zahăr Suc de fructe	200 grame 10 linguriţe	Supă de carne Pireu de legume cu brînză de vaci 10—20 grame sau carne fiartă tocată 20—30 g	100 grame Total 100 grame	Mere rase cu biscuiți	200 grame	Lapte matern Iaurt cu 5% zahăr	200 grame suge la sîn 20 de minute Introdus treptat înlocuiește suptul
11	Cafea cu lapte cu 5% zahăr Biscuiți	200 grame 15 grame	Lapte cu 5—7% griș și 5% zahăr Suc de fructe	200 grame 10 linguriţe	Supă de carne Pireu de legume Carne fiartă tocată	100 grame 100 grame 30 grame	Orez pasat cu brînză de vaci sau mere rase cu biscuiți	150 grame 50 grame 200 grame	Iaurt cu 5% zahăr Biscuiți	200 grame 15 grame
12	Cafea cu lapte cu 5% zahăr și o linguriță de frîșcă Biscuiți	200 grame 15 grame	Lapte cu 5% griș și 5% zahăr Suc de fructe	200 grame 10 linguriţe	Supă de carne sau de legume cu paste Budincă de făinoase cu lapte sau carne tocată	100 grame 100 grame 30 grame	Orez pasat cu brînză de vaci sau mere rase cu biscuiți	150 grame 50 grame 200 grame	Iaurt sau lapte cu 5% zahăr Biscuiți	200 grame 15 grame

[1] În a doua săptămînă se va da la fiecare supt circa 70 grame, în a treia săptămînă circa 90 grame și în a patra săptămînă cca. 100 grame.

[2] La copii peste 8 luni se poate introduce de multe ori și numai 4 mese pe zi, la 4—4 ore și jumătate pauză între ele și care nu vor întrece 250 grame fiecare: 1 = lapte; a 2-a = fructe sau prînz; a 3-a = prînz sau fructe; a 4-a = lapte sau iaurt.

Scanned with OKEN Scanner

pentru cele 5 prînzuri vor fi scoase din apă cît mai repede, vor fi uscate (umiditatea le înmoaie lesne, mai ales apa caldă și vaporii de apă) și păstrate pentru prînzurile următoare într-un borcan opărit special destinat acestui scop și al cărui capac se adaptează perfect. Înaintea fiecărui prînz ne spălăm pe mîini, încălzim la baia de apă biberonul care conține preparatul alimentar, îndepărtăm tetina care a asigurat etanșeitatea biberonului respectiv și punem una din tetinele găurite din borcan (pe care o luăm fără să le atingem pe celelalte). Dacă folosim o singură tetină pentru toate mesele din 24 de ore o spălăm după fiecare prînz cum am arătat mai sus, o punem pe o farfurie sprijinită prin baza sa, și o acoperim cu un pahar răsturnat. Înainte de masa următoare o fierbem 3 minute într-un ibric mic și o utilizăm imediat. Cu aceeași apă, după ce s-a răcit puțin, încălzim biberonul la temperatura de 40—45 grade (aceasta echivalează cu o temperatură puțin mai crescută decît a apei pentru baia sugarului).

Fig. 121. — Alimentarea corectă cu biberonul.

Copilul bolnav

Febra

Temperatura unui copil perfect sănătos nu stă mereu la 37 grade. Temperatura normală (măsurată în rect) variază între 36°,6 și 37°,2 fără ca temperatura de 37,°2—37°,4 să aibă vreo semnificație deosebită; temperatura măsurată axilar (în subțioară) oscilează de obicei între 36°,6 și 36°,8, maximul permis fiind de 37°,2. Jocul și orice exercițiu fizic urcă pentru moment temperatura, de aceea temperatura nu se va cerceta decît după cel puțin o oră de odihnă.

Prin urmare, febra înseamnă o temperatură de peste 37°,6—37°,8 dacă temperatura a fost cercetată rectal (medicul va decide dacă temperatura de 37°,4—37°,6 poate fi considerată febră la un anume copil); în caz că este luată în axilă, febra începe de la 37°,3.

Cum luăm temperatura? Întîi controlăm termometrul și-l coborîm la nevoie, scuturîndu-l de cîteva ori pînă ce coloana de mercur ajunge sub 36°. Dacă va fi introdus în anus, ungem cu vaselină, ulei sau cremă Nivea partea care corespunde rezervorului cu mercur.

Dacă luăm temperatura rectal putem așeza sugarul culcat cu pieptul și abdomenul pe genunchii noștri, în timp ce membrele inferioare îi atîrnă. Introducem ușor termometrul, cu în-

Scanned with OKEN Scanner

clinarea pe care o ia de la sine, pînă ce întreg rezervorul se află în anus. Sugarilor mai mari le putem pune

Fig. 122. — În acest mod se ia corect temperatura la copiii pînă la trei ani.

termometrul fiind întinși pe o parte, cu genunchii ușor îndoiți.

Termometrul trebuie să rămînă în această poziție maximum 2 minute. Obținem temperatura axilară reală dacă copilul ține termometrul 10 minute, rezervoul fiind în axilă, iar brațul respectiv tot timpul strîns de trunchi. Dacă medicul nu recomandă altfel, temperatura se va controla de 2 ori pe zi: între 6 și 8 dimineața și între 4 și 6 după amiaza.

Cum procedăm dacă copilul face febră mare? Copiii — mai ales cei mici, între 1 și 5 ani — fac lesne febră de 39° și peste, în cursul unei boli obișnuite; alteori temperatura nu va depăși 38°, deși boala este mai gravă. Este greșit, prin urmare, să se aprecieze gravitatea bolii după febră. Cel mai bine este să se anunțe medicul și să se ia cîteva măsuri pînă la sosirea acestuia.

Dacă copilul ajunge la 39—40° i se va face o fricție ușoară pe tot corpul cu un prosop stropit cu puțină apă la temperatura camerei. Se va opri orice alimentație, oferindu-se copilului numai ceai, apă, sifon, cu un eventual adaos de lămîie sau sirop. Copilul nu va fi îmbrăcat mai gros, nu va fi acoperit mai mult decît de obicei și nu i se va încălzi prea tare camera. Copilul va fi însă acoperit mai mult dacă apare cel mai mic frison (fior). Dacă temperatura nu a scăzut după o jumătate de oră, se va repeta fricția și se va administra unul din următoarele medicamente:

— Acid acetilsalicilic (aspirină), un sfert comprimat între 6 luni și 2 ani, o jumătate de comprimat între 3 și 7 ani sau un comprimat peste 8 ani;

— Pyran (piramidon, amidopirină), sub formă de comprimate mici (0,10 grame) la copiii între 6 luni și 3 ani (1/2—1 comprimat, după vîrstă), sau comprimate mari (0,30 grame) la copiii peste 4 ani (1/2—1 comprimat după vîrstă);

— Acalor (antigermin), supozitoare pentru copii, o jumătate supozitor între 3 și 6 luni, 1 supozitor între 6 luni și 2—3 ani, 2 supozitoare la copilul peste 4 ani (menționăm că efectul antitermic al Acalorului se bazează îndeosebi pe amidopirină, deci nu vom administra totodată și amidopirină).

Alimentația copilului cu febră. Pofta de mîncare scade mai totdeauna la copiii care fac febră. Copilul refuză îndeosebi alimentele solide sau semisolide, pentru scurt timp nu tolerează grăsimile și proteinele animale (brînză, ouă, carne și în bună măsură laptele).

De obicei, copiii preferă să bea apă simplă și familia se îngrijorează inutil. În privința celorlalte lichide ne

Scanned with OKEN Scanner

vom conduce după preferința copilului. Se va pune zahăr cît îi place copilului. Supa de zarzavat poate fi acrită cu puțin borș sau lămîie. Dacă febra este sub 39° și dacă copilul acceptă sau chiar cere, i se poate oferi 400—500 grame lapte pe zi (diluat cu un surogat de cafea) sau iaurt. În următoarele 24 de ore, dacă nu a fost încă văzut de medic, se poate adăuga și pîine albă sau prăjită, fructele din compot bine zdrobite și supă cu zarzavaturile trecute prin sită și griș. Chiar dacă febra persistă este probabil ca micul bolnav să recapete puțină poftă de mîncare după aceste 1—2 zile de dietă. În nici un caz nu vom sili copilul bolnav să mănînce alimente solide și semisolide ; nu vom izbuti decît să-i tăiem complet pofta de mîncare, să-l facem să verse și să capete eventual diaree. Între timp sosește și doctorul.

Alimentația copilului bolnav fără febră. Guturaiul cel mai ușor face pe copil să piardă pofta de mîncare, pentru că trebuie să stea în casă, se mișcă mai puțin, are nasul înfundat și înghite secrețiile din nas. El nu trebuie forțat să mănînce mai mult decît are poftă, alimentația să fie mai bogată în legume și fructe, să nu conțină prăjeli și grăsimi. Între mese i se vor oferi lichide, cît poftește.

Vărsăturile

Unii copii varsă mai lesne decît alții, chiar la bolile cele mai ușoare, dar vărsăturile nu prezintă pericol dacă apar numai la începutul bolii și se limitează doar la una sau două. Vărsăturile care se repetă pot să constituie semnalul unei boli mai grave și sărăcesc organismul în apă și săruri minerale. De aceea numai medicul este îndreptățit să aprecieze semnificația vărsăturilor și să prescrie tratamentul necesar.

Dacă copilul are o vărsătură este preferabil să-i lăsăm stomacul în repaus circa o oră după aceea. Dacă copilul dorește i se poate oferi 1—3 linguri de apă sau ceai rece ; dacă copilul mai cere se repetă aceeași cantitate după 15—20 de minute, mărindu-se progresiv cantitatea pînă ce îi trece setea. Dacă nu mai varsă, după 3—4 ore, copilului mai mare de 1 an i se poate oferi zeamă strecurată de compot rece și nu prea dulce, puțin sirop cu sifon rece sau puțină zeamă de lămîie sau de portocală strecurată și diluată în multă apă rece, puțin îndulcită (nu oferiți copiilor zeamă de lămîie curînd după o vărsătură, pentru că — contrar unei păreri larg răspîndite — predispune la repetarea vărsăturilor). Dacă copilul are și diaree, ceaiul sau apa vor fi îndulcite numai cu zaharină (un comprimat la 200—250 mililitri lichid, care va fi adăugată numai după fierbere, pentru că zaharina dă un gust amar dacă temperatura lichidului este prea ridicată) sau cu zahăr, cel mult o linguriță la 200 mililitri.

Dacă copilul nu mai varsă timp de cîteva ore și dacă cere să mănînce, atunci se poate oferi :

— sugarilor care nu au concomitent și diaree, circa un sfert din rația lor obișnuită, dar diluată mai mult ca de obicei (de exemplu, 50 mililitri supă cu griș în loc de pireu sau circa 30—50 mililitri lapte acidulat, diluat la jumătate în loc de 200 mililitri lapte diluat 2/3—3/4 sau 30—50 grame griș cu lapte diluat la jumătate) ;

— sugarilor care au diaree, supă de morcovi ;

— copiilor peste 1 an, cîteva linguri cu supă de zarzavat îngroșată cu griș, sau de compot cu merele zdrobite, sau circa 3 linguri de iaurt.

Nu repetați mîncarea decît după 3—3 ore și jumătate iar între timp

Scanned with OKEN Scanner

copilul va primi cîte puţin ceai sau apă (nu daţi copilului apă în ultimele 30—60 de minute înainte de masa care urmează).

Dacă copilul varsă din nou, conduita va fi mai strictă. După 1—2 ore de post absolut i se oferă numai o linguriţă cu apă sau ceai rece, chiar de la gheaţă ; i se vor oferi apoi numai 2 linguriţe, după alte 20 de minute, 4 linguriţe după alte 40 de minute etc. Copilul care nu vrea să bea nu trebuie silit, pentru că va vărsa aproape sigur ! Vărsăturile sînt periculoase şi pentru că copilul pierde la fiecare vărsătură mai mult decît a băut (varsă suc gastric şi salivă, pierde deci apă şi săruri minerale). **Atenţie :** *dacă vărsăturile se repetă ne găsim în faţa unei urgenţe care nu mai admite aşteptarea. Medicul trebuie anunţat de îndată.*

Diareea

Schimbarea consistenţei materiilor fecale la sugarii care au avut totdeauna scaune bune, legate, arată de obicei o infecţie intestinală. Diareea trebuie considerată severă dacă :

— scaunele sînt lichide ;

— scaunele au puroi, sînge ;

— apar şi vărsături ;

— febra este de 39 grade sau mai mare ;

— sugarul este obosit, somnolent, „se trage“ la faţă, capătă cearcăne la ochi.

Mama să nu încerce nici un tratament din proprie iniţiativă, ci să facă apel la medic. Pînă ce copilul capătă asistenţă medicală, cea mai bună conduită este următoarea :

Sugarul alimentat natural poate fi lăsat să sugă obişnuit numai cît vrea. Între supturi i se va oferi ceai îndulcit cu zaharină. Dacă sugarul varsă se va da numai ceai rece, treptat.

Sugarul alimentat mixt poate fi lăsat să sugă numai la sîn (completat cu ceai) dacă diareea este uşoară. În caz de diare severă se procedează ca la alimentaţia artificială.

Sugarul alimentat artificial. a) *Diaree uşoară :* reducem temporar concentraţia laptelui şi a zahărului la 50%, în raport cu ceea ce primea sugarul înainte, diluăm laptele numai cu mucilagiu de orez, lăsăm sugarul să mînînce numai cît doreşte fără să îndesim ritmul meselor, şi completăm cu ceai. Dacă sugarul primea o alimentaţie diversificată oprim temporar alimentele mai solide (griş cu lapte, pireu, mere rase, gălbenuş) şi le înlocuim cu mese compuse din jumătate supă de morcovi şi jumătate lapte preparat ca mai sus. b) *Diaree severă :* numai apă fiartă şi răcită sau ceai cu zaharină, cîte 25—50 mililitri la fiecare 1—2 ore, dacă sugarul manifestă dorinţa să bea. După 12, uneori chiar 24 de ore (în care timp a primit o cantitate de apă sau ceai cel puţin egală cu cantitatea de lapte pe care o primea înainte de boală) vom începe să administrăm sugarului supă de morcovi.

Supa de morcovi (pentru 1 litru). Morcovii se spală şi se curăţă de coajă ; 500 grame morcovi (300 grame pentru sugarii sub 3 luni) se taie în felii foarte subţiri sau se rad pe răzătoare. La aceşti 500 (300) grame morcovi raşi se adaugă 1 litru de apă şi se fierbe 2 ore la foc mic. Morcovii se trec printr-o sită deasă, adăugîndu-se lichidul în care au fiert. Se trece de atîtea ori prin sită, pînă ce toată pasta de morcovi rezultată este omogenă. Se readaugă apa pînă la cantitatea iniţială şi un vîrf de cuţit cu sare. Se mai dă încă un clocot cu totul. Se răceşte brusc şi se poate păstra 24 de ore la rece. Înaintea fiecărei mese se agită supa,

Scanned with OKEN Scanner

pentru ca pasta de morcovi să se resuspende în apă, se ia numai cantitatea necesară pentru prînzul respectiv și se încălzește la 37 grade. Se dă imediat copilului ; această porție, o dată ce a fost încălzită, nu mai poate fi păstrată pentru mesele următoare. Supa de morcovi va fi administrată *numai* la mese, în locul alimentației obișnuite și în cantități echivalente ; eventual vom oferi în prima zi cantități mai mici și ceva mai des (de exemplu 6 mese la 3 ore a 100—150 ml, în loc de 5 mese a 200 ml). Între mese numai ceai ! Dacă sugarul a avut și vărsături vom începe cu supa de morcovi la cel puțin 12 ore după oprirea vărsăturilor și încercăm toleranța sugarului cu cantități mici (50 grame la început și urcăm treptat la 80—100 grame la fiecare 3 ore). Acest regim va fi menținut 24 de ore ; medicul va preciza între timp conduita ulterioară.

Copiii de 1—2 ani vor lua supă de morcovi sau mere rase cîte 200—250 grame la fiecare 3—4 ore, timp de 24 de ore. Dacă varsă se va proceda ca mai sus.

Copiii peste 3 ani nu acceptă de obicei supă de morcovi. De aceea le oferim numai mere rase în primele 24 de ore ; în lipsa lor, terci de orez fiert în apă, pîine albă prăjită, supă de zarzavat îngroșată cu morcovii trecuți prin sită și griș sau orez.

Convulsiile

Deși convulsiile sperie infinit mai mult decît vărsăturile sau diareea, semnificația lor nu este totdeauna gravă. Dar orice criză convulsivă obligă pe părinți să prezinte imediat copilul medicului, chiar dacă diferite împrejurări au făcut ca medicul să nu poată vedea copilul în convulsii. Este de dorit ca familia să nu-și piardă cumpătul să rețină pe cît posibil aspectul crizei convulsive ca să-l descrie după aceea medicului, pentru punerea diagnosticului și instituirea tratamentului. La copiii mici (6 luni, maximum 4 ani), convulsiile apar de obicei în cursul unor boli febrile. Există și anumiți factori care favorizează apariția convulsiilor „febrile" numai la anumiți copii, cum ar fi o anumită predispoziție a sistemului nervos și rahitismul. Convulsiile care apar la copiii care nu au febră (îndeosebi la copiii peste 3—4 ani) au o însemnătate deosebită. Ele pot fi determinate de scăderea calciului din sînge în cursul anumitor momente evolutive ale rahitismului (la sugari) sau de epilepsie și de alte boli ale sistemului nervos central (indiferent vîrsta copilului). Reținem și că asocierea dintre convulsii și febră la copiii peste 3—4 ani are o semnificație deosebită, pentru că aceste convulsii nu se încadrează de obicei între convulsiile febrile ale copilului sub 2—3 ani, ci sînt manifestări ale epilepsiei, favorizate de apariția febrei.

Orice copil în convulsii poate să fie ajutat de cei din jur. Va fi dezbrăcat (să nu-l strîngă îmbrăcămintea), va fi culcat întins cu capul înclinat într-o parte ; trebuie lăsat liniștit. O baie imediată la temperatura de 37 grade este cel mai bun mijloc de a face să scadă febra mare ; totodată se va introduce în rect și supozitorul de Acalor (Antigermin), în dozele prescrise mai sus. Această baie are efecte favorabile chiar la copiii care nu au febră. Dacă nu putem face copilului imediat baie, destul de eficace este și o împachetare generală caldă : muiem un cearșaf în apă de circa 40 grade, îl stoarcem repede și învelim copilul iar pe deasupra punem o pătură la fel de bine întinsă în jurul corpului copi-

lului. Capul va rămîne liber și vom pune o compresă rece pe frunte, ca în fig. 123.

În cazul copilului care a mai prezentat convulsii și pe care spitalul

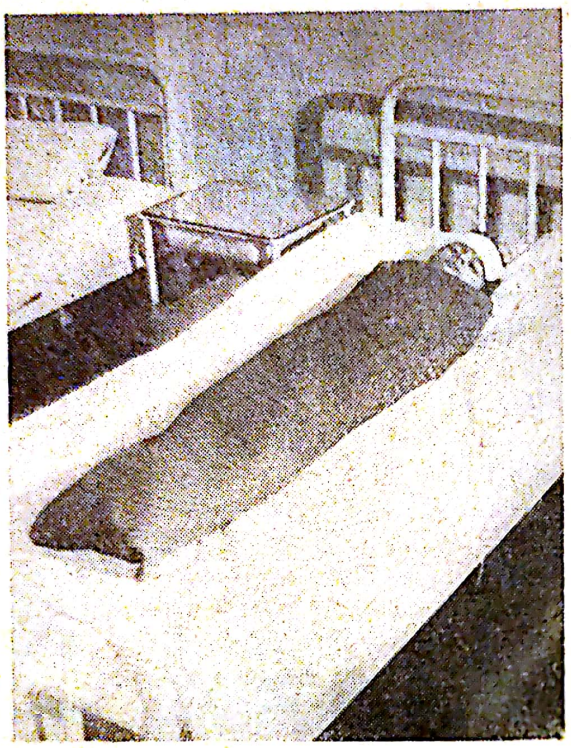


Fig. 123. — Împachetarea caldă în caz de convulsii.

în care a fost internat le-a socotit ca fiind convulsii „febrile", părinții sînt sfătuiți ca la fiecare nouă boală să urmărească temperatura, să cheme medicul și să-i respecte recomandațiile, să administreze multe lichide copilului (apă, ceai, zeamă de compot), pentru că lipsa de apă favorizează creșterea febrei și uneori chiar convulsiile. Părinții vor avea totdeauna la îndemînă medicamente antitermice (vezi mai sus) și Fenobarbital (luminal), dacă medicul le-a recomandat și acest medicament, și să le administreze imediat ce temperatura copilului trece de 38 grade.

Distrofia

Sugarul distrofic are starea de nutriție deficitară, adică are greutatea și talia mai mică decît cele indicate în paginile anterioare. Trecerea de la o stare de nutriție la alta, adică de la eutrofie la distrofie, se face de obicei pe neobservate.

Distrofiile se împart în trei mari categorii :

Distrofia de gradul I sau distrofia ușoară, în care curba greutății nu crește timp de 3—4 săptămîni, greutatea copilului devenind cu 10% mai mică decît a celui eutrofic de aceeași vîrstă și talie, iar grăsimea de sub piele dispare pe abdomen.

Distrofia de gradul al II-lea sau distrofia propriu-zisă în care curba greutății staționează sau scade, deficitul fiind de 10—20% ; la acești sugari dispare și stratul de grăsime de pe torace și membre.

Distrofia de gradul al III-lea sau atrepsia în care deficitul ponderal este de 25—40% din greutatea sugarului normal și la care dispare și grăsimea de pe față.

Dacă cunoaștem cauzele distrofiilor vom putea și să le prevenim din timp :

a) *Distrofia simplă prin subalimentație* este cea mai frecventă și se instalează dacă mama nu are suficient lapte și nu și-a dat seama de aceasta sau atunci cînd se întrebuințează cantități prea mici de lapte sau diluții mai mari decît cele normale precum și atunci cînd rețetele nu se execută corect cu adaosul de zahăr, mucilagiu de orez sau făină necesare sugarului respectiv. La unii sugari joacă un rol și lipsa poftei de mîncare. Primele simptome sînt : neliniștea, constipația, abdomenul mai scobit.

b) *Distrofia prin exces de lapte de vacă* apare la sugarii alimentați cu

Scanned with OKEN Scanner

lapte de vacă în concentrații mai mari decît cele corespunzătoare vîrstei sau cu cantități prea mari de lapte praf și atunci cînd se prelungește alimentația exclusivă cu lapte peste vîrsta indicată. Dacă sugarul de vîrstă mică primește lapte integral (fără a fi diluat cu ceai, apă, mucilagiu de orez), la început poate crește în greutate, după aceea staționează și chiar scade. Copilul își pierde buna dispoziție și pofta de mîncare, devine agitat, plînge, este palid, scaunele sînt rare, uscate, chitoase. Urina și materiile fecale au un miros puternic de amoniac.

c) *Distrofia prin exces de făinoase* are drept cauză principală introducerea înainte de vreme și în exces a făinoaselor sau întrebuințarea lor prea îndelungată cu scop dietetic în diaree.

d) *Distrofia prin lipsă de proteine* survine la sugarii și copiii mici hrăniți cu o cantitate insuficientă de lapte, foamea fiindu-le potolită cu pîine sau cornuri muiate în ceai, în loc de lapte.

e) *Distrofia prin diferite boli* poate fi întîlnită, de exemplu în stenoza hipertrofică de pilor, buza de iepure și gura de lup. Și după bolile infecțioase — așa cum am văzut copilul poate deveni deseori distrofic; mai ales dizenteria, hepatita, tusea convulsivă și pojarul determină distrofia la sugari.

f) *Distrofia prin avitaminoze* se poate lesne produce la sugarii hrăniți numai cu lapte praf, zahăr și făinoase și este datorită faptului că în alimentație nu se introduc la timp fructe, legume, gălbenuș de ou, unt.

Caracterele unui sugar distrofic. Un sugar distrofic este slăbit, are o figură suferindă, este palid și are elasticitatea pielii scăzută. Stratul de grăsime lipsește de pe anumite porțiuni ale corpului. Copilul este indiferent sau iritabil, neliniștit și plînge fără motive. Creșterea în greutate este încetinită sau oprită, înregistrîndu-se scăderi și oscilații mari în curba ponderală. Transpirația în exces favorizează infecții ale pielii. Teperatura corpului prezintă de asemenea oscilații. Sugarului îi lipsește pofta de mîncare, el avînd și o toleranță gastrică scăzută. Sporirea rației alimentare este de multe ori tolerată cu greutate, provocîndu-i diaree, vărsături. Scaunele sînt uneori consistente, gălbui, de culoarea chitului, cu miros de putrefacție și nu aderă de scutec. Alteori, scaunele pot fi diareice, irită imediat regiunea fesieră, prezintă mucozități și au aspect spumos și miros acru. Musculatura este flască, ceea ce face ca la vîrsta de 7—8 luni să nu stea în șezut, iar mersul să întîrzie. De asemenea, copilul crește mai încet sau nu mai crește deloc în lungime.

Copilul distrofic este supravegheat continuu de medic și are nevoie de o îngrijire deosebit de atentă, bazată pe respectarea pînă la cel din urmă amănunt a recomandărilor medicului.

Scanned with OKEN Scanner

16

Bolile contagioase

- Izvoarele de infecție 308
- Modurile de contagiune 309
- Căile de transmitere a bolilor contagioase 310
- Poarta de intrare a infecției în organism 312
- Receptivitate și imunitate 313
- Evoluția unei boli contagioase 316
- Prevenirea și combaterea bolilor contagioase 317
- Boli contagioase mai frecvent întîlnite 321
  - Boli care se transmit pe calea aerului 321
  - Boli care se transmit pe cale digestivă 328
  - Alte boli contagioase 332
  - Boli provocate de viermii intestinali 333

Izvoarele de infecție

Caracteristica principală a bolilor contagioase este aceea că ele se transmit de la un om la altul sau de la animale la om. Răspîndirea bolilor contagioase se face prin circulația, în mediu, a microorganismelor patogene, microbi, virusuri, diferiți paraziți. Aceasta presupune că există anumite izvoare de infecție, în care microorganismele patogene găsesc condițiile necesare de pătrundere și de înmulțire și de unde se răspîndesc în mediul ambiant. Știți cine îndeplinește în natură rolul de izvor de infecție ? *Omul* și *animalele.*

a) *Omul* constituie sursa de infecție fie atunci cînd este *bolnav*, fie cînd, sănătos fiind, este *purtător de microbi* sau *virusuri.*

Omul bolnav de o boală contagioasă este un focar important propagator de microorganisme patogene, pe care le elimină în natură, pe diferite căi : urină, materii fecale, lichid de vărsături, secreții din nas și gît, salivă, spută, transpirație, sînge, secreții purulente din plăgi sau furuncule. Această eliminare de microbi sau virusuri *face ca bolnavul să fie contagios* (molipsitor) pentru cei din jurul său. De aici și rezultă pericolul pe care îl reprezintă un bolnav contagios și necesitatea *izolării sale* de restul familiei sau colectivității. Eliminarea microbilor sau virusurilor din organismul unui bolnav de o boală contagioasă durează o anumită perioadă, *numită perioada de contagiozitate*, care este uneori mai lungă, alteori mai scurtă, variind de la boală la boală. În gripă, de exemplu, contagiozitatea durează 3—4 zile

de la începutul bolii, în varicelă bolnavul este contagios tot timpul, pînă la căderea ultimei cruste de pe piele. Este de asemenea de reţinut faptul că bolnavul devine contagios încă cu cîteva zile înainte de a apărea primele semne de boală (2—3 zile în rujeolă şi 2 săptămîni în hepatita epidemică).

De ce este important de reţinut durata perioadei de contagiozitate? Pentru că ne ajută să stabilim durata de izolare a bolnavilor contagioşi.

Purtătorii de microbi sau virusuri sînt persoane sănătoase, care găzduiesc în corpul lor microbi sau virusuri, pe care îi elimină în mediul înconjurător, pe aceleaşi căi ca şi bolnavii. Există purtători de microbi ai febrei tifoide, dizenteriei, difteriei, precum şi purători de streptococi care provoacă scarlatina, purtători de virus gripal, purtători de virus al hepatitei epidemice. Uneori, purtătorii sînt *foşti bolnavi* care s-au vindecat, dar în organismul cărora continuă să dăinuiască focare de microbi sau virusuri, pe o perioadă mai lungă sau mai scurtă sau chiar toată viaţa. O proporţie de 1—2% dintre foştii bolnavi de febră tifoidă continuă să elimine microbii bolii tot restul vieţii lor. Alţi oameni devin purtători pentru că s-au infectat cu microbi sau virusuri, pe care îi elimină un timp în jurul lor fără ca ei înşişi să facă boala. În mod practic, purtătorii de microbi sînt mai periculoşi decît bolnavii. De un bolnav contagios te fereşti. Dar pe un purtător de microbi sau virusuri, care este sănătos şi circulă, cum să-l recunoşti?

Pe plan medical se iau, în mod organizat, măsuri de depistare a purtătorilor, prin examene sistematice de laborator. Unii dintre aceşti purtători sînt trataţi şi vindecaţi de starea lor de portaj. În plus, purtătorii de microbi ai febrei tifoide sau ai dizenteriei nu au voie să lucreze în anumite sectoare de muncă (unităţi alimentare, puncte de aprovizionare cu apă potabilă, colectivităţi de copii), pentru a se evita astfel riscul de contagiune. Dar oricine se poate apăra de purtători, chiar fără să-i cunoască, evitînd posibilitatea ca microbii sau virusurile eliminate de aceştia să pătrundă în organism. În ce fel? Simplu. Prin spălarea mîinilor, respectarea igienei alimentelor, igienei individuale şi alte măsuri de igienă despre care vom vorbi mai departe.

b) *Animalele* constituie, la rîndul lor, un important rezervor de infecţie pentru om. Există o serie de boli contagioase comune omului şi animalelor — denumite zoonoze — care se răspîndesc de la animal la om, prin lapte, sînge, secreţii, urină şi fecale.

Astfel, bovideele sînt surse de infecţie în boli ca antraxul (cărbunele), bruceloza, salmoneloza şi tuberculoza; cîinii, lupii şi vulpile sînt surse de infecţie pentru turbare; rozătoarele pentru ciumă, leptospiroze, toxiinfecţii alimentare; porcii pentru trichinoză; peştii pentru botriocefaloză.

Modurile de contagiune

O persoană se poate contamina cu microbi sau virusuri în două moduri:

a) *Contagiunea directă*, atunci cînd vine în contact nemijlocit, adică direct, cu sursa de infecţie respectivă, adică cu un bolnav contagios sau cu un purtător, locuind sau lucrînd împreună, vizitîndu-l sau chiar întîlnindu-l întîmplător.

Aşa, de exemplu, cine îngrijeşte un bolnav de febră tifoidă sau locuieşte cu el, prin *contact direct* cu pro-

Scanned with OKEN Scanner

dusele eliminate de acesta (urină, fecale, sînge), se poate îmbolnăvi de febră tifoidă.

b) *Contagiunea indirectă*, atunci cînd cel infectat nu s-a aflat în legătură directă cu sursa de infecţie, pe care de cele mai multe ori nici nu o cunoaşte ; contagiunea se face prin intermediul unor obiecte sau al apei, aerului, alimentelor, solului, insectelor, care vehiculează microorganismele patogene eliminate de sursa de infecţie ; de exemplu, tot de febră tifoidă se poate îmbolnăvi cineva şi fără să fi văzut vreun bolnav cu această boală, ci numai prin faptul că a mîncat fructe nespălate, care au fost contaminate cu microbii febrei tifoide, prin intermediul muştelor sau prin mîinile murdare ale bolnavului sau purtătorului.

Căile de transmitere a bolilor contagioase

În drumul lor de la sursa de infecţie la omul sănătos, microorganismele patogene sînt transportate pe anumite „suporturi". Aceste „suporturi", care joacă rol de cale de transmitere a infecţiei, sînt constituite de : mîini murdare ; obiecte infectate ; aer, apă, sol ; alimente ; insecte.

Să analizăm pe rînd rolul acestor „suporturi" în transmiterea bolilor contagioase şi în special măsurile practice de prevenire a îmbolnăvirii.

a) *Mîinile* acumulează în cursul unei zile cantităţi uriaşe de microorganisme patogene pe care, cu uşurinţă, le introducem în corpul nostru. Pe această cale se transmit o mulţime de boli contagioase şi mai ales febra tifoidă, dizenteria, hepatita epidemică, toxiinfecţiile alimentare, diverse diarei, boli care de altfel au şi fost denumite „boli ale mîinilor murdare". Iată de ce este riscant să mîncăm cu mîinile nespălate, să ne frecăm la ochi sau să lăsăm copiii să-şi sugă degetul sau să-l introducă în nas. Numai spălarea de mai multe ori pe zi cu apă şi săpun a mîinilor, *obligatorie* înainte de masă, poate îndepărta microorganismele patogene.

b) *Obiectele infectate* (tacîmuri, veselă, rufărie, creioane, cărţi, jucării etc.) joacă de asemenea un rol în transmiterea bolilor contagioase. Sînt mai periculoşi microbii şi virusurile care au rezistenţă mare în mediul exterior : bacilul tuberculozei, microbii difteriei, scarlatinei şi sifilisului, virusul variolei. Să presupunem, de pildă, că un copil bolnav de difterie are un fluier cu care se joacă. Este clar că această jucărie este contaminată de microbii din nasul şi gîtul copilului respectiv. În acelaşi fluier vine şi suflă un alt copil sănătos : gata îmbolnăvirea. De aceea este atît de important să învăţăm copiii, de cînd sînt încă mititei, să folosească anumite obiecte (batiste, prosoape, rufărie, pahare, periuţă de dinţi, jucării) numai strict individual. Schimbul unor obiecte de acest fel echivalează cu un schimb nedorit de microbi sau virusuri.

c) *Aerul* poate vehicula microorganismele patogene ridicate o dată cu particulele de praf sau cuprinse în picăturile fine de salivă sau spută eliminate în timpul vorbirii, strănutului, tusei. Pe calea aerului se pot transmite astfel un număr mare de boli, ca : anginele, difteria, gripa, guturaiul, oreionul, pojarul, rubeola, scarlatina, tusea convulsivă şi vărsatul de vînt, denumite *boli aerogene*. Un bolnav sau numai un purtător răspîndeşte microbii sau virusurile prin picături de salivă sau spută pînă

Scanned with OKEN Scanner

la o distanţă de 1,5—2 metri în jurul său, contaminînd, în primul rînd, fireşte, pe cei care se află în imediată apropiere. Picăturile contaminate plutesc în atmosferă aproximativ 30—40 de minute. Pericolul de îmbolnăvire, în bolile aerogene, este în raport direct proporţional cu apropierea de bolnav ; de aceea nu sînt indicate vizitele şi se spune că nu este bine să ne apropiem de bolnavii contagioşi. Tot pe considerentul stăvilirii răspîndirii picăturilor infectante se insistă asupra folosirii batistei în momentul tusei sau strănutului, se atrage atenţia persoanelor care îngrijesc copii mici ca în caz de boală să pună mască de tifon la nas şi gură, în momentul alăptării sau cînd iau copiii în braţe. Posibilitatea de contaminare pe calea aerului fiind mai mare în aglomeraţii şi mai ales în spaţii închise (săli de spectacole, vehicule de transport în comun, magazine) este bine să evităm aceste locuri în caz de epidemie. Rezultate excelente dă şi aerisirea repetată a încăperilor de locuit sau de lucru, vara şi iarna, pentru ca aerul curat să înlocuiască aerul supraîncărcat cu microbi şi virusuri eliminaţi prin tuse, strănut, vorbit.

d) *Apa* se poate contamina cu microorganisme patogene provenite din urină sau fecale de om sau animale. Microbii febrei tifoide, dizenteriei şi virusul hepatitei epidemice îşi păstrează în apă vitalitatea timp îndelungat. Într-o apă curgătoare, bacilul febrei tifoide supravieţuieşte pînă la o săptămînă, iar într-o apă stătătoate poate fi găsit şi după 2—3 luni de la momentul contaminării.

Apele de suprafaţă se contaminează cu uşurinţă prin dejectele depuse pe sol şi spălate de apele de ploaie.

Fîntînile se pot contamina fie printr-o greşită construcţie sau folosire, fie printr-o aşezare necorespunzătoare şi iată cum :

— fîntîna este aşezată în vale faţă de un closet, grajd sau groapă de gunoi şi prea aproape de acestea ;

— fîntîna are crăpături sau are pereţii făcuţi dintr-un material necorespunzător, care lasă apele de scurgere din afară să treacă prin el ;

— în jurul fîntînii sînt băltoace, gunoaie sau alte murdării.

Apa de robinet se poate de asemenea contamina prin stricăciuni care survin în diverse puncte ale conductei, la nivelul cărora se produc infiltrări.

În urma consumului unei ape infectate se produce îmbolnăvirea tuturor persoanelor care au folosit aceeaşi sursă de apă : *epidemie hidrică.*

e) *Solul* reprezintă o cale de infecţie prin permanenta sa contaminare cu dejecţiile oamenilor şi animalelor. Microbii tetanosului, ai antraxului (cărbune) şi gangrenei gazoase pot rezista în sol ani de zile sub formă de spori, în acest fel explicîndu-se pericolul deosebit de mare pe care îl reprezintă rănile murdărite cu pămînt.

f) *Alimentele* se pot contamina cu microbi din urina sau fecalele bolnavilor şi purtătorilor :

— dacă umblă cu aceste alimente un bolnav sau purtător care nu s-a spălat pe mîini după ce a fost la closet (pe mîinile lor rămînînd urme de urină sau fecale, în care se găsesc microbi sau virusuri care vor intra în alimente ; oamenii sănătoşi care vor consuma alimentul infectat se vor îmbolnăvi) ; de exemplu, mulgătorul care are mîinile murdare infectează laptele şi toţi cei care beau laptele nefiert se îmbolnăvesc ;

— dacă grădinile de zarzavat sînt stropite cu apă murdară sau dacă pămîntul este îngrăşat cu fecale proaspete ;

— dacă muştele, care sînt mari duşmani ai sănătăţii (ele se aşează pe toate murdăriile din gunoaie, latrine şi grajduri), vin în zbor şi se aşază pe alimente, aducînd pe picioarele lor, o dată cu aceste murdării, numeroşi microbi şi virusuri ;

— dacă sînt contaminate animalele de la care provin diferitele alimente : de exemplu, în laptele de vacă se pot găsi microbii tuberculozei sau ai brucelozei, ouăle de raţă conţin de obicei microbi (salmonele) care dau o puternică toxiinfecţie alimentară, dacă ouăle nu se fierb cel puţin 15 minute înainte de a fi consumate, iar carnea de porc poate să conţină nişte viermi mici de 1—4 mm, numiţi trichine, care ştim că pot da o boală foarte gravă denumită trichinoză ;

— dacă alimentele se contaminează prin microbii din urina sau fecalele şobolanilor bolnavi, atunci cînd alimentele sînt prost păstrate şi aceste animale au ocazia să vină în contact cu ele (pe această cale se îmbolnăveşte omul de leptospiroză sau toxiinfecţii alimentare).

g) *Insectele* pot transmite un mare număr de boli. Cele mai importante insecte vectoare sînt : păduchii, căpuşele şi ţînţarii.

Păduchele este o insectă foarte periculoasă, pentru că el transmite tifosul exantematic. Păduchele trăieşte cel mai bine în apropierea corpului, pe rufărie şi pe haine, în părul de pe cap, în părţile păroase ale corpului, dar numai la oamenii murdari şi neglijenţi. Acolo unde este curăţenie, păduchii nu se cuibăresc. Păduchele se hrăneşte numai cu sîngele omului pe care îl înţeapă. Lăcomia păduchilor este considerabilă ; ei efectuează cel puţin 2—3 prînzuri de sînge pe zi. Despărţiţi de pe om şi deci lipsiţi de hrană, păduchii mor repede. Sugînd sîngele unui bolnav, păduchele se infectează şi el cu germeni patogeni. Aceştia se înmulţesc în organismul său şi cînd păduchele vine în contact cu pielea omului sănătos, germenii se elimină prin excrementele insectei. Prin scărpinare, frecare, strivirea păduchelui, germenii sînt introduşi în pielea omului sănătos, pătrund în sîngele său şi-l infectează.

Căpuşele sînt de mai multe specii. Una dintre aceste specii, care trăieşte în special pe cîine, transmite o boală contagioasă, numită febră butonoasă. Alte căpuşe transmit virusurile encefalitelor.

Ţînţarii sînt şi ei de mai multe feluri, dar numai o anumită specie de ţînţari transmite malaria, boală în prezent lichidată în ţara noastră.

Poarta de intrare a infecţiei în organism

Porniţi de la sursa de infecţie de la care au fost eliminaţi, mergînd pe o anumită cale de transmitere — aer, apă, alimente, microorganismele patogene pătrund în organism prin mai multe porţi de intrare şi anume :

a) *respiratorie :* gripă, pojar, difterie, tuberculoză, tuse convulsivă, varicelă, scarlatină, angine ;

b) *digestivă :* febră tifoidă, dizenterie, hepatită epidemică, toxiinfecţii alimentare ;

c) prin *tegumente :* tetanos, turbare şi direct în sînge, microbi sau virusuri ai unor boli, cînd ne înţeapă o insectă infectată ;

d) prin *mucoasa conjunctivală* (a ochiului) : tifos exantematic, rujeolă, adenoviroze. Unele boli au o singură

Scanned with OKEN Scanner

poartă de intrare (virusul gripei, microbul tusei convulsive numai pe poarta de intrare respiratorie; bacilul tific, bacilul dizenteriei numai pe poarta digestivă). Alte boli au porți de intrare multiple (virusul poliomielitei pătrunde și pe cale respiratorie și digestivă; bruceloza are poartă de intrare atît digestivă cît și prin tegumente).

Receptivitate și imunitate

În fața atacurilor microbilor și virusurilor, organismul poate răspunde în două feluri: este *receptiv* la microorganismele patogene și se îmbolnăvește; este *rezistent*, se împotrivește cu succes la atacul lor și nu se îmbolnăvește.

În prima eventualitate (organismul este receptiv) rezultă *starea de infecție* a organismului. Din fericire, infecția nu este urmată în mod obligatoriu de *starea de boală*; infecția poate rămîne latentă, realizîndu-se fie o boală inaparentă (fără simptome), fie o stare de purtător de germeni. Alteori, infecția este urmată de starea de boală, care poate să se manifeste sub formă ușoară sau gravă.

A doua eventualitate este aceea în care organismul este *rezistent* față de agresiunea microorganismelor patogene și, ca rezultat al unui mecanism complex de apărare, nu se îmbolnăvește. Aceasta este *starea de imunitate*, deci starea de rezistență a unui organism față de infecție. Cum se dobîndește imunitatea? Fie ca urmare a trecerii prin boala respectivă, fie prin vaccinare. După o serie de boli contagioase (febră tifoidă, pojar, vărsat de vînt, oreion, variolă, difterie), organismul fostului bolnav cîștigă o stare de rezistență față de microorganismele patogene respective și nu se mai îmbolnăvește a doua oară în viață de aceeași boală. În alte boli, însă (gripă, dizenterie, scarlatină), imunitatea este de scurtă durată și după un timp fostul bolnav se poate din nou îmbolnăvi de aceeași boală. În sfîrșit există și boli care nu dau de loc imunitate, cum sînt erizipelul și herpesul.

Sînt persoane care și-au cîștigat imunitatea fără să fi făcut o boală manifestă, ci numai prin faptul că au avut o infecție inaparentă.

Metoda cea mai lipsită de riscuri de a obține starea de imunitate față de boală este *vaccinarea*. Ea conferă o rezistență *solidă* față de îmbolnăvire. Vaccinarea constă în introducerea în organism a unui produs numit *vaccin*, care conține microbi, virusuri sau toxine microbiene preparate în laborator în așa fel încît li s-a distrus complet puterea de a mai produce îmbolnăvirea. În schimb, acestor microbi, virusuri sau toxine le-a rămas capacitatea de a stimula organismul vaccinat să-și producă substanțe proprii de apărare, numite *anticorpi*. Organismul cîștigă o stare de rezistență (imunitate) față de boala contagioasă împotriva căreia a fost vaccinat și nu se mai îmbolnăvește dacă vine în contact cu microbul sau virusul acelei boli. În prezent există posibilitate de vaccinare față de difterie, tuse convulsivă, tetanos, poliomielită, variolă, tuberculoză, febră tifoidă, febre paratifoide, gripă, turbare, holeră, febră galbenă, ciumă. De altfel se studiază continuu noi procedee de vaccinare față de cît mai multe boli contagioase. Unele vaccinuri se administrează pe cale bucală, altele intranazal, cele mai multe prin injecții.

Scanned with OKEN Scanner

Felul imunizării 1	Produsul folosit pentru imunizare 2	Schema de administrare 3	Nr. dozelor şi cantitatea 4
Imunizarea împotriva variolei	Vaccin antivariolic	*Primovaccinare*: la vîrsta de 3—15 luni *Revaccinare*: la vîrsta de 7—8 ani	Doză unică Doză unică
Imunizarea împotriva *difteriei*	Anatoxină difterică purificată şi adsorbită (prescurtat: ADPA)	*Primovaccinare*: la vîrsta de 3—12 luni *Revaccinări*: Prima revaccinare: 6—9 luni de la primovaccinare A 2-a revaccinare: la 18—24 de luni de la prima revaccinare A 3-a revaccinare la 3—4 ani de la a 2-a revaccinare A 4-a revaccinare: la 3—4 ani de la a 3-a revaccinare	Prima doză: 0,5 ml Doza a 2-a: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml
Imunizarea împotriva difteriei şi tetanosului	Bivaccin diftero-tetanic (prescurtat Di-Te)	Idem ca pentru anatoxina difterică	
Imunizarea împotriva difteriei, tetanosului, tusei convulsive	Trivaccin difterotetanic-pertussis (prescurtat Di-Te-Per)	*Primovaccinare*: la vîrsta de 3—12 luni *Revaccinări*: Prima revaccinare: 6—9 luni de la primovaccinare A 2-a revaccinare: 18—24 de luni de la prima revaccinare	Prima doză: 0,5 ml Doza a 2-a: 0,5 ml Doza a 3-a: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml
Imunizarea împotriva poliomielitei	Vaccin cu virus poliomielitic viu atenuat	*Primovaccinare*: la vîrsta de 2—12 luni *Revaccinări*: *Prima revaccinare*: la 6 luni după primovaccinare *A 2-a revaccinare*: după un an de la primovaccinare *A 3-a revaccinare*: în clasa I elementară	3 doze (vaccin lichid) Doză unică Doză unică Doză unică
Imunizare împotriva febrei tifoide	Vaccin antitific	*Primovaccinare*: 5—55 de ani *Revaccinări*: *Prima revaccinare*: la 1 an de la prima vaccinare *Revaccinarea a 2-a*: la 1 an de la prima revaccinare *Revaccinarea a 3-a*: la 1 an de la a 2-a revaccinare	Doza 1: 0,5 ml Doza a 2-a: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml
Imunizarea împotriva tetanosului	Anatoxină tetanică purificată şi adsorbită (prescurtat: ATPA)	*Primovaccinare*: orice vîrstă *Revaccinare*: la 1 an de la primovaccinare	Prima doză: 0,5 ml Doza a doua: 0,5 ml Doză unică: 0,5 ml

Scanned with OKEN Scanner

Intervalele între doze 5	Calea de administrare 6	Contraindicații 7	Observații 8
×	Prin scarificarea (zgîrierea) pielei	Boli febrile, afecțiuni cutanate (eczeme) contacți de boli contagioase, gravide	Pentru persoanele care călătoresc în țări în care mai există variolă, revaccinarea se repetă la fiecare 3 ani
30 de zile × × × ×	Intramuscular	Boli febrile, tuberculoză acută, bolile sîngelui, diabet, boli grave de inimă, stări alergice, spasmofilie, nefrite	
		Idem	
30 de zile × ×	Intramuscular	Idem, la care se adaugă afecțiuni neurologice în antecedente (convulsii, encefalite)	Revaccinările a 3-a și a 4-a nu se mai fac cu Di-Te-Per, ci se continuă cu Di-Te sau ADPA
la 6 săptămîni × × ×	Pe cale bucală	Boli febrile	
30 de zile × × ×	Subcutanat	Boli febrile, tuberculoză, reumatism acut, boli de inimă, hipertensiune arterială, ulcer gastroduodenal, nefrite, stări alergice, graviditate, debilitate	După o pauză de 3 ani se repetă primo-vaccinarea și 3 revaccinări
30 de zile ×	Intramuscular	Boli febrile	La copii, imunizarea antitetanică se poate face cu vaccin Di-Te sau Di-Te-Per

Durata imunității conferite de vaccin variază în timp, în funcție de fiecare vaccin în parte. Pentru fiecare tip de vaccin există o anumită schemă de administrare.

Imunitatea se mai poate dobîndi și prin administrarea de seruri profilactice, cum sînt serul antitetanic și serul antidifteric. Dar între vaccin și ser există o deosebire fundamentală. În timp ce vaccinul este un produs de origine microbiană sau virotică, care stimulează organismul să-și producă propriile sale mijloace de apărare (anticorpii), serul conține anticorpi gata făcuți, obținuți de la animale sau om. Acești anticorpi, care se introduc o dată cu serul, sînt eliminați din organism după o perioadă relativ scurtă (14—20 de zile); așadar, imunitatea conferită de ser este de scurtă durată, ceea ce constituie un mare dezavantaj în comparație cu imunitatea de lungă durată obținută după vaccin. În plus, serul mai are și dezavantajul că este greu tolerat de organism, dînd reacții supărătoare și nu poate fi administrat fără riscuri decît o dată în viață, pentru că a doua oară este foarte greu suportat. Aceasta face ca folosirea serului să fie restrînsă la situații excepționale, în care nu există altă soluție; imunitatea se dobîndește, cu succes și fără riscuri, numai pe calea vaccinării.

Evoluția unei boli contagioase

Din momentul infectării pînă la apariția primelor semne de boală trece o perioadă de timp, numită *perioadă de incubație*, care este neobservată de bolnav. Unele boli infecțioase încep să fie contagioase încă din perioada de incubație, mai ales spre sfîrșitul ei (hepatita epidemică, pojarul, poliomielita, variola).

Cea mai mare contagiozitate o prezintă bolnavul în perioada care urmează incubației și anume *perioada de invazie*, în care se instalează primele simptome de boală. Începutul bolii poate să fie lent (ca în febra tifoidă) sau brusc (scarlatină, pneumonie, pojar). În această perioadă, bolnavul prezintă numai simptome

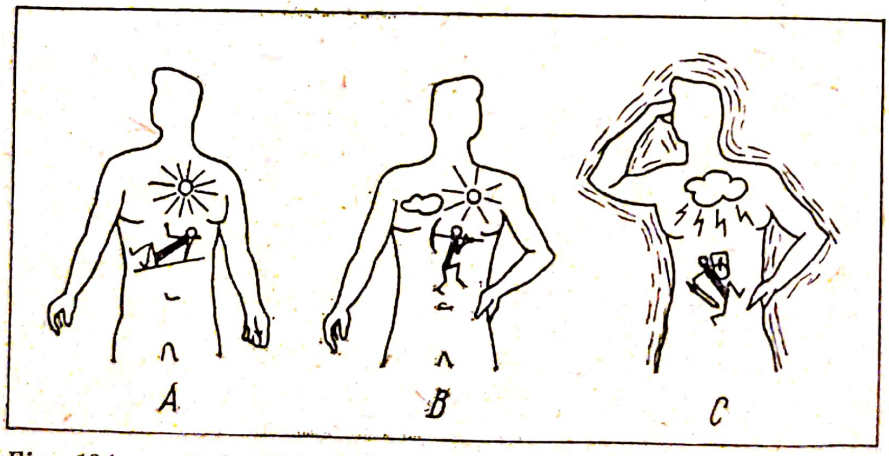


Fig. 124. — Relațiile dintre bacterie și organismul omenesc: A — *simbioză* = bacteria aduce anumite servicii organismului care o suportă excelent; B — *saprofitism* = bacteria este tolerată, dar în anumite condiții poate deveni dăunătoare; C — *parazitism* = bacteria se dezvoltă pe socoteala organismului căruia îi provoacă grave neajunsuri.

generale comune mai tuturor bolilor contagioase, ca: frisoane (fiori), ridicarea temperaturii, dureri de cap și încheieturi, lipsa poftei de mîncare, oboseală, grețuri, vărsături, uneori diaree, erupții pe piele. Bolnavul trebuie izolat de cei sănătoși încă din perioada de invazie.

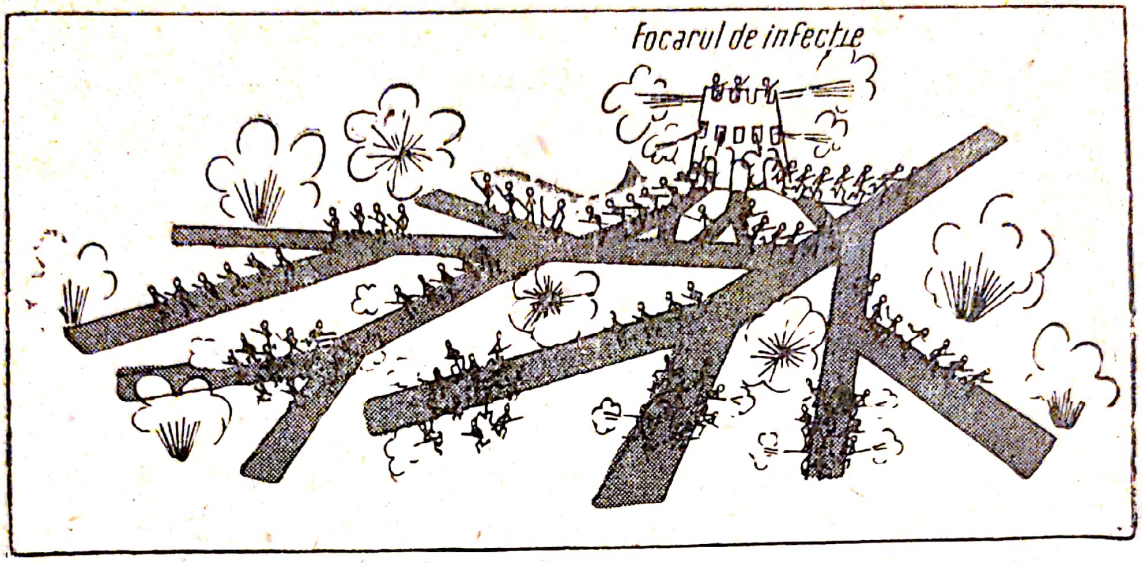


Fig. 125. — Septicemia. Din focarul de infecție (abces, furuncul, amigdalită, mastoidită etc.), microbii se răspîndesc în organism pe calea circulației sanguine.

După perioada de invazie urmează *perioada de stare* (plinul bolii), cînd boala se manifestă cu simptome caracteristice. În această perioadă, și mai ales către sfîrșitul ei, pot apărea unele *complicații* ale bolii contagioase.

Perioada de stare este urmată de *convalescență*, în care se face trecerea către vindecare. Convalescența trebuie considerată încă o perioadă critică pentru bolnav, deoarece se mai pot ivi unele complicații sau uneori o revenire a bolii. De aceea se va acorda bolnavului aceeași atenție ca și în cursul bolii.

Prevenirea și combaterea bolilor contagioase

Prevenirea bolilor contagioase trebuie să cuprindă măsuri față de toate cele trei verigi ale lanțului epidemic: sursa de infecție; căile de transmitere; organismul omului sănătos.

Măsuri față de sursa de infecție. Așa cum am arătat, sursa de infecție este reprezentată de omul bolnav, purtătorii de microbi sau virusuri și animalele bolnave. Așadar, măsurile față de sursa de infecție se adresează fiecăreia dintre aceste categorii.

Măsuri față de omul bolnav. De îndată ce un om, copil sau vîrstnic, s-a îmbolnăvit de o boală contagioasă, urmează să fie luate toate măsurile pentru a se împiedica propagarea bolii la alte persoane. Ce vom face?

a) *Izolarea* imediată a bolnavului, fie la spitalul de boli contagioase pentru unele boli, fie la domiciliu pentru alte boli (vezi tabelul pag. 318).

Persoanele (copii sau adulți) care au venit în contact cu bolnavul sau

Locul şi durata izolării unor boli contagioase

Boala	Unde se face izolarea bolnavului	Perioada cît trebuie să dureze izolarea
Antrax (cărbune)	Spitalul de boli contagioase	Pînă la căderea crustelor şi dispariţia semnelor de boală
Bruceloză	Spitalul de boli contagioase	Pînă la dispariţia febrei şi a altor simptome acute
Difterie	Spitalul de boli contagioase	Minimum 21 de zile de la începutul bolii; în formele mai severe, pînă la 60 de zile
Dizenterie	Spitalul de boli contagioase	Minimum 5 zile
Erizipel	Domiciliu	Pînă la dispariţia semnelor de boală
Febră tifoidă	Spitalul de boli contagioase	Minimum 21 de zile de la scăderea febrei
Febră paratifoidă	Spitalul de boli contagioase	Minimum 21 de zile de la scăderea febrei
Gripă	Spitalul de boli contagioase sau domiciliu	Minimum 5 zile
Guturai	Domiciliu	Minimum 2 zile
Hepatită epidemică	Spitalul de boli contagioase	Minimum 30 de zile de la începutul bolii
Meningită meningococică	Spitalul de boli contagioase	Pînă la vindecare
Parotidită epidemică	Domiciliu	10—14 zile de la începutul bolii
Poliomielită	Spitalul de boli contagioase	Minimum 42 de zile de la începutul bolii
Rubeolă	Domiciliu	Pînă la dispariţia febrei şi a erupţiei
Rujeolă	Domiciliu	10—14 zile de la începutul bolii
Scarlatină	Spitalul de boli contagioase	6—28 de zile
Tetanos	Spitalul de boli contagioase	Pînă la vindecare
Tuse convulsivă	Domiciliu	40 de zile de la începutul bolii
Varicelă	Domiciliu	Pînă la căderea crustelor

Scanned with OKEN Scanner

cu obiectele sale, înainte ca acesta să fie izolat, sînt considerate *contacţi de boală contagioasă*. Faţă de contacţi se aplică o serie de măsuri sanitare, ca : supravegherea medicală zilnică, măsurarea temperaturii, examene de laborator, vaccinări. Cîteodată, contacţii sînt opriţi acasă pentru o perioadă şi nu se mai duc la şcoală sau la muncă, primind certificat medical.

b) *Dezinfecţia* se face pentru a distruge microbii sau virusurile eliminate de bolnav. Cînd bolnavul este izolat la spital, dezinfecţia se face imediat după plecarea acestuia din casă. Dacă bolnavul este izolat acasă, dezinfecţia se face tot timpul cît durează boala (adică continuu), precum şi la terminarea bolii.

Dezinfecţia se face cu diverse antiseptice care au putere să omoare microbii sau virusurile, cum ar fi formolul, varul cloros şi cloramina. Dezinfecţia trebuie să cuprindă atît camera bolnavului cît şi toate obiectele folosite de bolnav, vasele, rufăria, hainele, jucăriile, precum şi closetul. Iată, în continuare, cîteva metode foarte bune de dezinfecţie, care pot fi aplicate în orice gospodărie :

1. *Dezinfecţia sputei,* secreţiilor nazo-faringiene, sîngelui şi unor produse ca puroiul, vărsăturile, falsele membrane, crustele şi scuamele se face prin colectarea lor într-un vas care conţine lapte de var, lapte de clorură de var, soluţie de sapocrezol 5%, soluţie de cloramină 5%. Durata de contact este de 6 ore, după care timp vasul se poate spăla (nu însă în bucătărie).

2. *Dezinfecţia materiilor fecale şi a urinii* trebuie să înceapă imediat după eliminarea lor, chiar în vasul în care au fost depuse. Substanţele indicate sînt : lapte de var 10—20%, lapte de clorură de var 10—20%, fenol soluţie 5%, lizol soluţie 3—5%, cloramină soluţie 4—5%, leşie de cenuşă în volum egal cu materialul de dezinfectat. Amestecul dejecţiilor cu lichidul dezinfectat se face bine cu ajutorul unui beţişor, iar apoi se lasă în contact timp de cel puţin 2 ore.

3. *Apa de la baie* şi din vasele în care s-a spălat bolnavul se dezinfectează înainte de a fi îndepărtată, cu lapte de var cloros (1 litru pentru 20 de litri de apă din baie), fenol sau sapocrezol soluţie finală de 2—3% cu apa de dezinfectat, permanganat de potasiu 1 la zece mii. Durata de acţiune va fi de 2—3 ore.

4. *Vesela şi tacîmurile* se fierb cel puţin 15 minute într-o soluţie de carbonat de sodiu 2%, iar dacă aceasta nu este posibil se pun într-un vas cu formol 3% sau cloramină 1%, timp de 2 ore.

5. *Periile de dinţi* vor fi lăsate în formol 3%, timp de 2 ore.

6. *Cărţile, ziarele, hîrtiile,* dacă nu reprezintă o valoare, se ard ; în caz contrar se dezinfectează cu vapori de formol. Ele pot fi lăsate desfăcute în cameră, atunci cînd se practică dezinfecţia terminală cu vapori de formol.

7. *Rufăria de corp şi de pat, batistele, prosoapele, hainele de protecţie :*

a) dacă nu sînt murdărite cu materii fecale, puroi sau sînge se fierb sau se pun într-o soluţie de formol 3%, sapocrezol 5% sau mai rar la etuvă ;

b) dacă sînt murdărite cu materii fecale, puroi sau sînge vor fi puse mai întîi în soluţiile dezinfectante arătate (formol 3%, sapocrezol 5%) timp de 2 ore, apoi se spală cu o soluţie caldă de carbonat de sodiu 2% şi numai după aceea vor fi spălate ca orice rufă.

În caz că aceste efecte provin de la un bolnav de tuberculoză, ele pot fi muiate timp de 4 ore într-o solu-

Scanned with OKEN Scanner

ţie de cloramină 5% (acest procedeu nu se poate aplica rufăriei colorate, celei de lînă sau de mătase).

8. *Hainele, cuverturile, cearşafurile, pernele, covoarele, saltelele :*

a) cele care suportă spălatul se fierb sau se ţin într-o soluţie de fenol 3% sau saprocrezol 5% ;

b) cele care nu pot fi spălate şi nu sînt pătate cu materii fecale, sînge, puroi se pun la etuvă.

Lucrurile mai fine se dezinfectează cu vapori de formol sau chiar cu o soluţie de formol 3% sau saprocrezol 5%. La bolnavii de tuberculoză se va da o atenţie deosebită dezinfectării buzunarelor. Paiele din saltea se ard.

9. *Blănurile* se perie bine cu o perie udată în soluţie de sapocrezol 5% şi apoi se lasă 12 ore în aer liber, dacă se poate la soare. Cea mai bună dezinfecţie a blănurilor este însă cu vapori de formol.

10. *Jucăriile, mobilele* se şterg cu o soluţie de formol 5%, sublimat 1‰ (nu pe metale) ; acestea din urmă, dacă permit, pot fi spălate şi cu apă caldă şi săpun. Obiectele de metal pot fi şterse cu o soluţie de formol 5%.

11. *Pereţii camerei, podeaua, patul, masa* se stropesc sau se şterg cu o soluţie de sublimat 1‰ sau sapocrezol 5% şi se lasă să se usuce la aer, fără să se şteargă cu cîrpe uscate. Podeaua se umezeşte o dată pe zi, tot cu unul din aceste dezinfectante. Dacă este pămînt pe jos se dă cu lapte de var sau lapte de clorură de var. Pereţii văruiţi se stropesc de două ori cu lapte de var sau lapte de clorură de var proaspăt pregătit. Cei daţi cu ulei sau zugrăviţi se pulverizează cu fenol 5% sau formol 5%.

12. *Closetul.* Dezinfecţia closetelor sistem W.C. se face cu soluţii de formol 3%, creolină 5%, iar pereţii, uşile, mînerele uşilor, scaunele şi capacul, ca şi podeaua closetului, cu soluţii de sapocrezol 5%, sublimat 1‰ şi apoi se spală cu apă caldă şi săpun. În closetele cu groapă se toarnă lapte de clorură de var, pînă ce emană un miros puternic de clor. Atunci cînd există butoaie se foloseşte tot laptele de clorură de var şi se amestecă cu un lemn, lăsîndu-se 24 de ore în contact, după care timp se face şi evacuarea. În timp de epidemie este bine să nu se facă aceste evacuări. Closetele publice se dezinfectează cu lapte de var, lapte de clorură de var sau cu soluţie de sapocrezol 5%.

Măsuri faţă de purtători. Purtătorii de microbi sau virusuri trebuie să respecte o serie de reguli de igienă, pentru a nu îmbolnăvi pe cei din jur :

— spălarea obligatorie pe mîini cu apă şi săpun, de mai multe ori pe zi şi mai ales după ce au fost la closet ;

— fierberea rufăriei de corp ;

— băi generale cu apă şi săpun cît mai des posibil ;

— dezinfecţia materiilor fecale şi a urinii cu soluţie de cloramină 10% sau clorură de var 10—20%.

Purtătorii care elimină microbi sau virusuri prin fecale şi urină nu au voie să lucreze în funcţii care cer mînuirea de alimente şi nici în instalaţiile centrale de apă.

Măsuri faţă de animale. Animalele, ca sursă de infecţie, ridică o problemă importantă. Măsurile vor fi diferite, de la un caz la altul. Astfel, în cazul infecţiilor pornite de la animale nefolositoare, trebuie dusă o acţiune susţinută de lichidare a acestora.

Măsurile faţă de căile de transmitere variază în funcţie de aceste căi. Există măsuri pentru a împiedica contaminarea apei, contaminarea ali-

Scanned with OKEN Scanner

mentelor, măsuri pentru combaterea muștelor etc. Vom dezvolta aceste măsuri în paginile ce urmează.

Măsurile care fac să crească rezistența organismului se împart în două categorii :

a) Rezistența specifică (imunitatea) se obține prin *vaccinare*. În țara noastră se fac mai multe feluri de vaccinări, cu ajutorul cărora ne putem apăra de boli contagioase. Ele sînt : vaccinarea împotriva variolei ; vaccinarea împotriva poliomielitei ; vaccinarea împotriva difteriei ; vaccinarea împotriva tusei convulsive ; vaccinarea împotriva tetanosului ; vaccinarea împotriva febrei tifoide și a febrelor paratifoide (TAB) ; vaccinarea împotriva tuberculozei ; vaccinarea împotriva gripei ; vaccinarea împotriva turbării.

b) Rezistența nespecifică este consolidată astfel :

— călirea organismului prin cultură fizică și sport, excursii și viață în aer liber ;

— spălarea zilnic pe corp, vara și iarna, cu apă rece și săpun ; cei care se feresc de apă rece și nu sînt deprinși cu ea vor avea un organism cu rezistența scăzută față de îmbolnăviri ;

— ore suficiente de somn, masa la aceleași ore ;

— o alimentație bogată în proteine și vitamine ;

— păstrarea curățeniei corporale, respectarea regulilor de igienă în alimentație, în îmbrăcăminte, în locuință.

Boli contagioase mai frecvent întîlnite

În cele ce urmează vom face o descriere sumară a bolilor contagioase, numai atît cît este necesar ca noțiunile științifice să devină sfaturi practice, la îndemîna celor ce doresc să se ferească de aceste boli.

În cadrul descrierii vom încerca să folosim o anumită schemă, care ni se pare utilă. Astfel vom preciza :

— *izvorul de infecție*, ca să-l evităm ;

— *perioada de incubație*, ca să știm cît timp trebuie să luăm anumite măsuri (izolare etc.) după contactul cu un bolnav contagios sau ca să ne putem da seama, cel puțin orientativ, dacă ne-am îmbolnăvit de o anumită boală (dacă la 3 zile după contactul cu un bolnav de varicelă copilul nostru face o erupție cu bășicuțe, trebuie să ne gîndim mai curînd la o boală de piele) ;

— *simptomele bolii*, pentru a ne putea orienta și a lua primele măsuri pînă la intervenția medicului ; de altfel, simptomele din perioada de invazie a bolii ne fac totdeauna să apelăm la medic :

— *tratamentul* va fi descris numai la bolnavii care pot fi izolați la domiciliu ;

— *imunitatea*, pentru evaluarea șanselor de a contracta din nou boala.

Boli care se transmit pe calea aerului

Aceste boli au ca *poartă de intrare* mucoasa nazo-faringiană. *Eliminarea* microorganismelor patogene se face prin secrețiile nazo-faringiene, salivă, spută. *Contagiunea* se face de regulă direct de la bolnav sau purtător. Contagiunea indirectă este mai

rară (difterie, scarlatină, variolă). Aceste boli au, în general, o contagiozitate foarte ridicată. În prevenirea lor, accentul se pune pe:

— măsuri față de sursele de infecție: izolarea bolnavului la spital sau domiciliu, supravegherea medicală a contacților, dezinfecție;

— pentru unele din aceste boli, ca variola, difteria și tusea convulsivă, este posibilă prevenirea prin vaccinare;

— evitarea contactului cu bolnavii;

— folosirea batistei la tușit, strănut;

— evitarea folosirii în comun a unor obiecte, ca batiste, prosoape, pahare, rufărie;

— aerisirea frecventă a încăperilor de locuit și de muncă, indiferent de anotimp și curățirea zilnică a acestora (măturatul numai cu mătura udă);

— evitarea aglomerațiilor, mai ales din săli închise și în special în perioade de epidemie;

— protejarea în primul rînd a copiilor, care sînt cei mai receptivi, cît și a persoanelor debile, suferinde, vîrstnice.

Scarlatina

Izvorul de infecție: omul bolnav sau convalescent de scarlatină sau de angine streptococice, precum și purtătorii sănătoși de streptococ hemolitic.

Perioada de incubație: 2—7 zile.

Simptomele: debut brusc, cu febră ridicată (39—40°), frisoane, dureri de cap, vărsături, dureri în fundul gîtului, care capătă o culoare roșie-închisă, uneori cu depozite albicioase. Apoi apare erupția, care se generalizează, pe tot corpul, într-un interval scurt. Erupția este formată din numeroase mici ridicături roșii, cît gămăliile de ac (pielea devine aspră la atingere), presărate pe tot corpul, care capătă o culoare roșie. Erupția este mai accentuată la plica brațului și plica inghinală. În jurul nasului și gurii, pielea rămîne palidă, în timp ce obrajii sînt intens roșii. Erupția pălește după 2—5 zile de la apariție, dispărînd către a 7-a zi, cînd începe descuamația (se jupoaie pielea). Descuamația durează pînă la 30—40 de zile de la începutul bolii. Limba este la început încărcată, apoi zmeurie.

Tratamentul se face în spital. În convalescență se efectuează trei examene de urină, la 7 zile interval, pentru a se urmări starea rinichilor (prevenirea unei atingeri renale).

Imunitate: în general durabilă. Au fost însă înregistrate și reîmbolnăviri.

Rujeola (pojarul)

Izvorul de infecție: numai omul bolnav (nu se cunosc purtători sănătoși de virus rujeolic).

Perioada de incubație: 10—11 zile.

Simptomele: febra crește treptat, atingînd în 2—3 zile 39—40°. Bolnavul este obosit, își pierde pofta de mîncare, uneori este somnolent, are dureri de cap și dureri musculare. Ochii se înroșesc, lăcrimează, bolnavul strănută, îi curge nasul, căpătînd un aspect tipic pentru rujeolă, cunoscut sub numele de „față plînsă". Vocea devine răgușită, apare apoi o tuse uscată. În fundul gîtului se văd mici pete roșii. Pe mucoasa bucală și pe gingii (în dreptul molarilor) apar pete mici, albe (ca niște grăunțe de griș), tipice pentru rujeolă.

Erupția apare după 3—4 zile, mai întîi după urechi și se întinde brusc pe față. În zilele următoare, erupția cuprinde treptat gîtul, apoi toracele, abdomenul și la sfîrșit membrele. Ea este constituită din pete roșii,

Scanned with OKEN Scanner

catifelate, ieşite uşor în relief, care lasă între ele zone de piele sănătoasă. Erupţia păleşte în 3—4 zile de la apariţie. Convalescenţa începe o dată cu dispariţia erupţiei şi scăderea febrei. În locul erupţiei rămîn pete cafenii şi o uşoară descuamaţie a pielii, cu aspect de tărîţe, care cedează într-o săptămînă.

Tratamentul : repaus strict la pat, în toată perioada de stare a bolii şi în primele zile de convalescenţă. Regim alimentar uşor, hidro-zaharat, dulciuri, făinoase. Tratamentul medicamentos constă din piramidon, aspirină (pentru combaterea febrei), calmante ale tusei, expectorante şi vitamine. Antibioticele se administrează în caz de complicaţii şi numai la indicaţia medicului.

Se cere multă atenţie din partea părinţilor, în faţa unui caz de rujeolă, fiind necesară respectarea cu stricteţe a indicaţiilor date de medic, privind îngrijirea bolnavului pe tot timpul bolii şi în convalescenţă şi prevenirea complicaţilor.

Imunitatea : solidă şi durabilă, reîmbolnăvirile fiind excepţionale.

Rubeola

Izvorul de infecţie : numai omul bolnav (nu se cunosc purtători sănătoşi de virus).

Perioada de incubaţie : 14—21 de zile.

Simptomele : la început febra este moderată, uşoară durere de cap, catar oculo-nazal redus. Erupţia este uneori primul semn de boală. Ea apare sub formă de pete roz-palide, după urechi şi pe faţă, şi se întinde din prima zi pe trunchi şi membre. În a 3-a zi, erupţia dispare. Inflamarea ganglionilor poate fi generalizată, dar se prind în special ganglionii occipitali şi retromastoidieni (ceafă şi dosul urechii), care se măresc, devin duri şi dureroşi.

Tratamentul : repaus la pat şi regim alimentar în perioada de febră. Piramidon şi aspirină pentru combaterea febrei.

Imunitatea : durabilă.

Varicela (vărsatul de vînt)

Izvorul de infecţie : numai omul bolnav (nu se cunosc purtători sănătoşi de virus). Bolnavul este contagios pînă la căderea completă a crustelor.

Perioada de incubaţie : 10—20 de zile.

Simptomele : început de obicei lent, cu febră moderată, dureri de cap, indispoziţie. După 1—2 zile apare erupţia şi se accentuează fenomenele generale. Erupţia se întinde pe toată pielea (şi pe pielea acoperită de păr), precum şi pe mucoase (bucală, genitală, mucoasa ochiului) şi este însoţită de mîncărimi. Erupţia are la început aspect de pete roşii care se transformă în cîteva ore în mici ridicături şi apoi repede în băşicuţe. Vezicula, nu mai mare decît un bob de mazăre, are la început un conţinut clar, fiind comparată cu o picătură de rouă depusă pe piele. Ulterior, conţinutul veziculei se tulbură ; în 2—3 zile, veziculele încep să se usuce şi se acoperă cu o crustă brună. După alte 7—10 zile, crustele se desprind, lăsînd cicatrice trecătoare. Cicatricele rămîn definitive numai în cazul în care veziculele se infectează (de obicei, ca urmare a tendinţei bolnavilor de a se scărpina şi a-şi rupe crustele).

Tratamentul : repaus la pat şi regim alimentar uşor, lacto-făinos-zaharat, în perioada de febră. Piramidon, aspirină pentru combaterea febrei. Atenţie deosebită la igiena pielii şi mucoaselor, pentru a evita

Scanned with OKEN Scanner

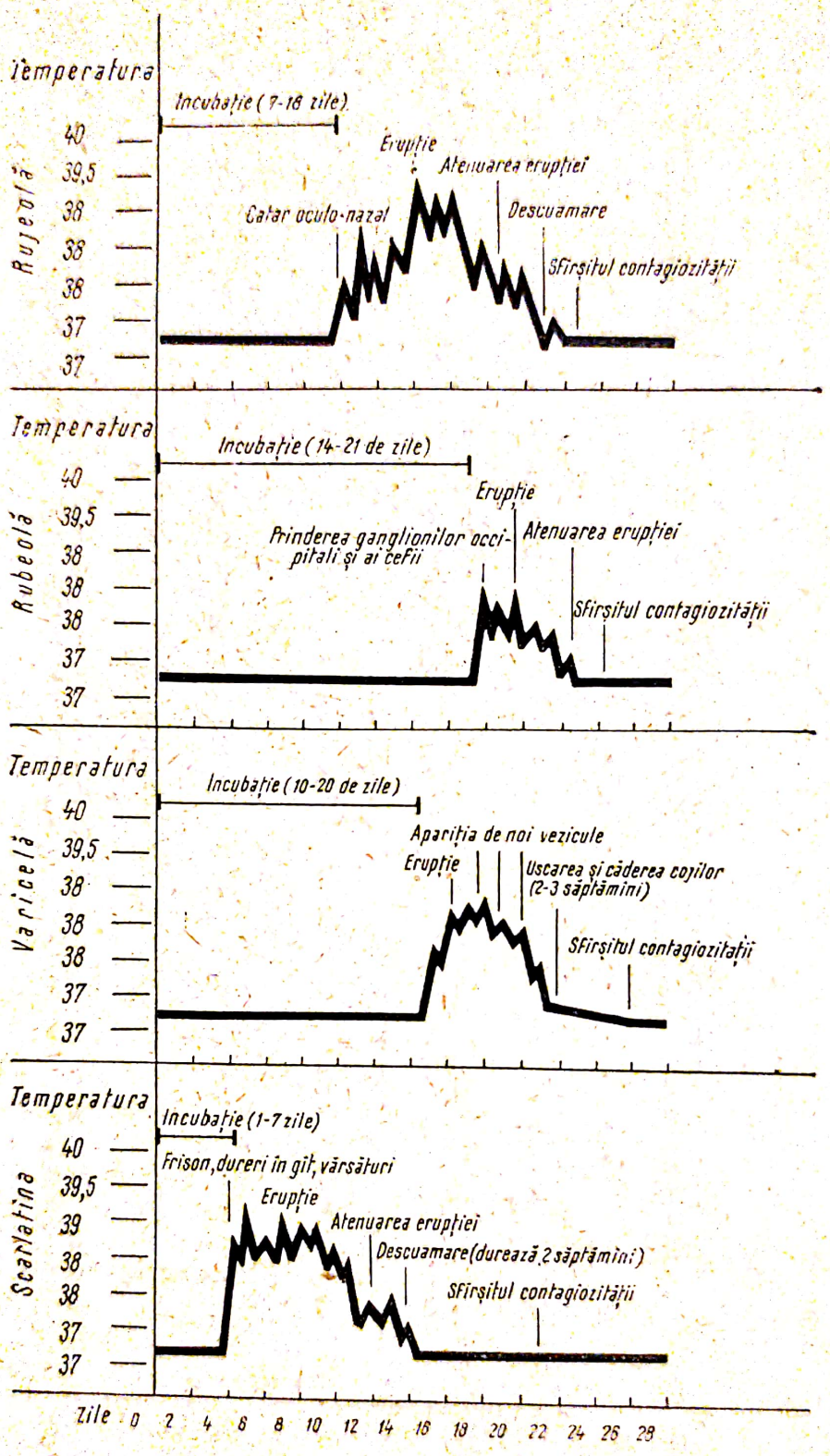


Fig. 126. — Schema evoluției a patru dintre cele mai răspîndite febre eruptive la copii.

infectarea veziculelor. Copiilor mici li se pot pune mănuşi ca să nu se scarpine. Este indicată pudrarea pielii cu talc mentolat 2%.

Imunitate: durabilă, reîmbolnăvirile fiind excepţionale.

Gripa

Izvorul de infecţie: omul bolnav şi purtătorii sănătoşi de virus.

Perioada de incubaţie: 1—4 zile.

Simptomele: debutul brusc, cu febră, frisoane, stare generală rea, dureri în tot corpul, dureri de cap, toropeală, fenomene respiratorii (tuse, strănut, răguşeală). Uneori greţuri, vărsături, diaree. Boala durează, în cazul în care nu apar complicaţii, 4—5 zile, dar lasă o perioadă de convalescenţă, în care bolnavul este slăbit şi obosit.

Tratamentul: repausul la pat în primele zile de boală este foarte important pentru a preveni agravarea bolii şi complicaţiile. Regim alimentar uşor, bogat în lichide, dulciuri, făinoase. Ceaiuri calde. Piramidon şi aspirină pentru combaterea febrei şi a durerilor musculare. Calmante sau expectorante pentru tuse. Comprese calde în jurul gîtului, în caz de răguşeală. Vitamina C, 3—4 comprimate pe zi. Nu se recomandă administrarea de antiseptice puternice în nas sau pentru gargară. Administrarea de antibiotice este utilă numai în cazul unor complicaţii microbiene şi nu se va face decît la indicaţia medicului.

Imunitatea: de scurtă durată şi numai faţă de tipul de virus care a produs îmbolnăvirea.

Guturaiul (coriza, catarul acut sezonier)

Izvorul de infecţie: omul bolnav şi purătorii de virus.

Perioada de incubaţie: în general scurtă.

Simptomele: început de obicei lent, cu indispoziţie, mici frisoane, uşoare dureri musculare, strănuturi repetate, senzaţie de uscăciune în nas şi gît. Nasul se înfundă, începe apoi să curgă abundent. În 2—3 zile, secreţia se face mai consistentă, cu tendinţă de a deveni muco-purulentă. Boala durează 5—7 zile.

Tratamentul: repaus în casă. Piramidon, aspirină. Nu se recomandă instilaţii în nas cu antiseptice puternice. Antibioticele nu au acţiune asupra virusului guturaiului, aşa încît nu se recomandă decît la indicaţia medicului, în cazul unor complicaţii, mai ales la copiii mici.

Imunitatea: guturaiul nu lasă imunitate.

Adenoviroze

Izvorul de infecţie: omul bolnav şi purtătorii de virus. Boala este mai frecventă la copii şi adulţii tineri.

Perioada de incubaţie: 5—10 zile.

Simptomele: febră în general moderată, faringită (gît roşu, dureri la înghiţit), conjunctivită (înroşirea ochilor, lăcrimare), infecţii respiratorii acute care seamănă cu gripa (tuse, guturai, febră, dureri musculare). De cele mai multe ori, manifestările de boală sînt însoţite de prinderea (inflamarea) unor ganglioni. Evoluţia bolii este, în general, uşoară.

Tratamentul: repaus la pat pe durata febrei. Regim alimentar uşor, ceaiuri îndulcite. Aspirină, piramidon, pentru combaterea febrei. Calmante sau expectorante pentru tuse.

Tusea convulsivă (tusea măgărească)

Izvorul de infecţie: numai omul bolnav (nu există purtători de microbi).

Perioada de incubaţie: 7—12 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomele : în raport cu perioada bolii.

a) *Perioada catarală :* 7—12 zile, în care timp bolnavul are febră, indispoziţie, răguşeală, tuse. Tusea la început rară se accentuează progresiv, devine supărătoare şi nu cedează ; crizele de tuse se îndesesc mai ales noaptea, provocînd roşirea feţei şi lăcrimare.

b) *Perioada convulsivă :* după 7—12 zile de la debutul bolii, tusea devine spastică şi se manifestă sub formă de accese tipice. Accesul începe, de obicei, cu o senzaţie premergătoare rea, de sufocare, de nelinişte, căscat sau strănut repetat. Accesul de tuse este format din cascade de tuse violentă ; bolnavul tuşeşte neîntrerupt de 10—15—30 de ori, uneori pînă se învineţeşte ; la un moment dat se produce o inspiraţie adîncă, şuerătoare, care pune capăt acceselor de tuse. Bolnavul elimină o spută vîscoasă, ca albuşul de ou ; uneori, accesul de tuse este urmat de vărsătură. Perioada convulsivă durează 2—6 săptămîni.

c) *Perioada de convalescenţă :* rărirea acceselor de tuse, dispariţia treptată a caracterului spastic al tusei în aproximativ 2—4 săptămîni.

Tratamentul : repaus în casă (în lipsa febrei nu este obligatoriu repausul la pat). În timpul chintelor de tuse, copiii vor fi ajutaţi, liniştiţi şi încurajaţi. Alimentaţie obişnuită, dar formată din prînzuri mici, repetate. La copiii care au vărsături mai des se recomandă administrarea prînzului imediat după un acces de tuse. Antibioticele au eficacitate, scurtînd mult perioada convulsivă ; sînt indicate mai ales la sugari şi copii mici, care sînt cei mai expuşi la complicaţii. Se recomandă, de asemenea, calmante (polibromuri, luminal), vitamine C şi D_2.

Imunitatea : durabilă, dar nu absolută, înregistrîndu-se şi cazuri de reîmbolnăvire.

Parotidita epidemică (oreionul)

Izvorul de infecţie : numai omul bolnav (acesta elimină virusul în special prin salivă).

Perioada de incubaţie : 14—21 de zile.

Simptomele : început lent, cu oboseală, febră mică, dureri în regiunea glandelor parotide (în faţa urechilor), în special la mestecat. Mai rar, boala poate începe brusc, cu febră ridicată, dureri de cap, vărsături.

După 12—36 de ore se umflă glandele parotide (unilateral sau bilateral), cu dureri, mai ales la mestecat. Capul capătă o formă de pară. Fundul gîtului se înroşeşte. Febra se menţine. După o perioadă de 5—8 zile, febra cedează, durerile dispar şi umflătura scade treptat. Bolnavul se simte repede bine, după scăderea febrei.

Tratamentul : repaus la pat în primele 10 zile de boală (previne complicaţiile testiculare, pancreatice etc.). Regim alimentar uşor, lacto-vegetarian şi zaharat în prima săptămînă ; se pot administra antinevralgice, aspirină pentru combaterea febrei şi durerilor. Local comprese reci.

Imunitatea : solidă şi durabilă reîmbolnăvirile fiind excepţionale.

Difteria

Izvorul de infecţie : omul bolnav şi purtătorii de microbi (direct sau indirect prin obiectele contaminate cu microbi).

Perioada de incubaţie : 2—5 zile.

Simptomele : început lent, cu creşterea temperaturii (38°), jenă uşoară la înghiţit, oboseală, paloare. În fundul gîtului apare o membrană albăgălbuie, pe alocuri cenuşie, care aco-

Scanned with OKEN Scanner

peră la început o amigdală, apoi se întinde repede pe ambele amigdale și tot fundul gîtului și semne de *intoxicație generală* (febră ridicată, față palidă, stare de oboseală, tahicardie, greață, vărsături, somnolență). Alteori, falsele membrane se formează pe laringe; în această formă, numită crup difteric, boala începe cu răgușeală, tuse lătrătoare, apoi vocea și tusea devin stinse, înfundate. Apare greutate în respirație, existînd pericol de asfixie, dacă nu se intervine cu tratament de urgență.

Tratamentul: numai în spitalul de boli contagioase.

Imunitate: durabilă.

Prevenirea difteriei: prin vaccinarea antidifterică.

Anginele

Izvorul de infecție: omul bolnav și purtătorul de microbi sau virusuri.

Simptomele: există o serie de simptome comune tuturor anginelor și anume:

a) durere la înghițit, care poate fi violentă (cum se întîmplă în flegmonul amigdalian), pronunțată (ca în scarlatină), redusă (ca în difterie, în anginele virotice);

b) fundul gîtului de culoare roșie-vie (așa-zisa angină roșie), puncte și depozite albe (angină albă) sau aspect de ulcerații acoperite de membrane albe (anigna ulcero-necrotică);

c) ca fenomene generale febră (38—40°), frison, dureri musculare, uneori stare toxică, greață, vărsături, somnolență.

Tratamentul: pentru asigurarea unui tratament corect în angine este necesar un diagnostic precis, pus de medic. În funcție de aceasta, tratamentul anginelor se poate rezuma la simple gargarisme locale cu ceai de mușețel cald, comprese în jurul gîtului, aspirină, piramidon; uneori este nevoie de administrare de antibiotice, sub control medical sau alte tratamente mai complexe și de durată.

Meningitele

Meningitele sînt produse atît de microbi, cît și de virusuri sau protozoare. Meningitele pot apărea ca boli de sine stătătoare (meningita cu meningogoc, cu pneumococ) sau ca afecțiuni secundare în cadrul unor alte boli contagioase.

Izvorul de infecție: omul bolnav sau purtătorul de microbi sau virusuri.

Simptomele: febra care crește de obicei brusc, dureri mari și persistente de cap, vărsături, redoarea cefei (ceafă înțepenită), indispoziție generală, uneori fotofobie (bolnavul nu suportă lumina), lipsa poftei de mîncare, constipație. Unele meningite se manifestă sub forme mai ușoare, altele în schimb au o evoluție mai gravă (meningita cu meningococ). Este indicată anunțarea medicului la primele semne de îmbolnăvire, meningita fiind considerată o boală care necesită intervenție de urgență, pentru a împiedica agravări sau complicații.

Tratamentul: se face numai în spital.

Encefalitele

Uneori, encefalitele se manifestă ca o boală de sine stătătoare, în acest caz fiind vorba de encefalite primitive (encefalitele vitorice produse de mușcătură de căpușe); alteori, encefalitele apar ca o complicație în cursul altei boli infecțioase (în rujeolă, varicelă, parotidită epidemică, în tifos exantematic, tuse convulsivă).

Simptomele: encefalitele au o serie de simptome caracteristice și anume:

Scanned with OKEN Scanner

— febră, uneori foarte ridicată, însoţită de convulsii ;

— stare confuzională, agitaţie, delir, somnolenţă ;

— paralizii diverse : oculare, faciale, tulburări de vedere, dificultate la înghiţire ;

— stare generală alterată.

Encefalitele sînt boli grave. Vindecarea lor este condiţionată de un tratament medical complex, început imediat ce apar primele semne de boală.

Boli care se transmit pe cale digestivă

Toate aceste boli au ca *poartă de intrare* tubul digestiv. *Contagiunea* se face indirect, prin ingerarea apei şi a alimentelor contaminate cu microbi sau virusuri eliminate de bolnavi sau purtători prin materii fecale, urină şi lichid de vărsături.

Ne putem feri de infecţiile digestive dacă respectăm anumite norme igienice.

a) *Împiedicarea contaminării apei cu microbi sau virusuri şi evitarea consumului de apă contaminată.*

Construirea de fîntîni igienice. Fîntîna trebuie aşezată în partea cea mai înaltă a terenului, la aproximativ 25—30 m depărtare de closet (latrină) şi groapa de gunoi. Fîntîna va fi îngrădită cu gard, terenul din jurul fîntînii, circa 3—4 m, va fi mai ridicat, cu o pantă de scurgere pentru apele de ploaie, cimentuit sau bătătorit cu lut pentru a nu da posibilitate de scurgere apelor murdare. Pentru adăpatul animalelor se va amenaja, în afara ţarcului, o troacă specială, care va fi aprovizionată cu apă printr-un jgheab, fiind interzisă pătrunderea animalelor în zona de 3—4 m (perimetrul de protecţie) din jurul fîntînii. Cu cît fîntîna este mai adîncă, cu atît apa este mai bună. De aceea, cînd săpăm o fîntînă este bine să nu ne oprim la primul strat de apă, ci să mergem mai adînc de 4 m.

Pereţii fîntînii trebuie făcuţi dintr-un material bun, impermeabil pentru apele murdare ; cele mai bune sînt tuburile de beton sau, în lipsa acestora, pereţii vor fi ziditi cu piatră şi mortar de ciment. Fîntîna va avea capac de lemn, acoperiş şi o găleată proprie.

Întreţinerea igienică a fîntînilor. Găleata nu se aşază niciodată pe pămînt. Nu este voie să se umble cu mîinile murdare pe găleata cu care se ia apa din fîntînă şi nici să se bea apă cu gura, direct din găleată. Nu vom lăsa vitele să bea din găleata fîntînii. Din cînd în cînd, la indicaţia medicului, se face analiza apei, pentru a se vedea dacă este potabilă (bună de băut). În cazul în care rezultatele de laborator arată că apa nu este potabilă se trece de îndată la înlăturarea cauzelor care au produs infectarea apei, se face dezinfecţia fîntînii şi numai după ce medicul ne spune că apa este curată o putem folosi din nou.

Construirea şi întreţinerea igienică a closetelor (latrinelor) au un mare rol în apărarea apei de contaminare. Closetul se construieşte într-un loc opus fîntînii, în partea cea mai de jos a terenului, la circa 10—11 m de locuinţă şi 25—30 m de fîntînă. Closetul poate fi construit cu groapă simplă sau cu groapă din beton. Indiferent de tip, colsetul trebuie să aibă, în primul rînd, o capacitate corespunzătoare : 1 m^3 de persoană pe an. Closetul trebuie să fie prevăzut în mod obligatoriu cu o cabină de lemn sau zidărie, înaltă de 1,75—2,20 m şi lată de 1,20 m. Scaunul closetului trebuie să aibă capac. Groapa closetului va comunica cu un horn de aerisire, bine închis, care se va deschide deasupra acoperişu-

Scanned with OKEN Scanner

lui cabinei și va evacua gazele toxice și mirosul în afara cabinei. Golirea closetului se face de două ori pe an și numai pe terenuri anume destinate. Cît mai des, mai ales vara, latrina trebuie dezinfectată cu o soluție de lapte de var 10—20%. Cîțiva litri din această soluție se aruncă în groapă, astfel ca să acopere murdăria cu un strat alb, subțire. Scîndura scaunului și dușumeaua se spală des cu leșie fierbinte, iar pereții cabinei se văruiesc cît mai frecvent.

b) *Împiedicarea contaminării alimentelor cu microbi sau virusuri și evitarea consumului de alimente contaminate :*

— păstrarea alimentelor perfect acoperite în locuri și vase curate, la adăpost de muște și de rozătoare ; în timpul verii, alimentele trebuie ținute numai la rece, dar nu direct pe gheață, deoarece gheața conține microbi și virusuri ;

— evitarea contactului dintre alimentele fierte sau prăjite (care au trecut prin căldura focului și nu mai au microbi) și alimentele crude care mai pot avea încă microbi (zarzavaturi și fructe nespălate) ;

— evitarea consumului de fructe sau legume nespălate, deoarece pe ele se găsesc numeroși germeni proveniți fie din praf ; fie aduși de muște, fie de pe mîinile murdare ale celor care le-au manipulat ;

— nu vom mînca și nu vom umbla cu alimentele avînd mîinile nespălate (spălarea pe mîini cu apă și săpun de mai multe ori pe zi, mai ales după ce am fost la closet și înainte de masă, trebuie să devină un obicei al fiecăruia, la orice vîrstă, fiind o dovadă de civilizație) ;

— consumarea laptelui numai fiert ; ideea că laptele nefiert este mai sănătos decît cel fiert este complet greșită, deoarece din laptele nefiert nu ne putem alege decît cu o boală contagioasă ;

— carnea de porc trebue bine fiartă, friptă sau prăjită și nu vom consuma decît carnea care se vinde în comerțul de stat, deoarece aceasta este controlată de organele veterinare ;

— ouăle de rață nu se consumă decît după 15 minute de fierbere.

c) *Distrugerea muștelor, împiedicarea înmulțirii lor prin măsuri severe de igienă.*

Pentru a trăi și a se înmulți, muștele au nevoie de gunoaie, de resturi de alimente, de alimente descoperite. Deci dacă vom avea grijă să strîngem și să îndepărtăm gunoaiele în mod igienic și nu vom lăsa alimentele descoperite, muștele nu vor avea din ce să trăiască, iar numărul lor va începe să scadă.

Gunoaiele menajere trebuie păstrate în lăzi închise cu capac. Cînd gunoaiele nu sînt acoperite bine, ele devin locul de înmulțire a muștelor și rozătoarelor. Gunoiul provenit de la grajduri, cocina porcilor și coteţul de păsări va fi scos zilnic și dus obligatoriu numai la platforma de gunoi special amenajată, la distanță de peste 60 m de fîntînă.

Pentru distrugerea muștelor vom folosi soluții insecticide, hîrtie lipicioasă și rondele otrăvite.

Febra tifoidă (lingoarea)

Izvorul de infecție : omul bolnav și purtătorii de microbi.

Perioada de incubație : 7—21 de zile.

Simptomele : început de obicei lent. Bolnavul se simte continuu obosit, pierde pofta de mîncare, se plînge de dureri de cap, dureri în corp. Temperatura crește treptat și ajunge în 4—5 zile la 39—40°. Uneori, bolnavilor le curge sînge din nas, au du-

Scanned with OKEN Scanner

reri abdominale ușoare, diaree alternînd cu constipație. Această perioadă durează 6—7 zile. În continuare, bolnavul are febră mare și o stare generală rea, numită stare tifică (oboseală mare, somnolență, apatie). Pe piele apar (mai ales pe abdomen) niște pete foarte puțin reliefate, de culoare roz, puține la număr. Abdomenul este ușor balonat, splina și ficatul sînt mărite. Această perioadă durează în medie 10—14 zile, după care febra începe să scadă treptat, revenind la normal cam într-o săptămînă. Reapare pofta de mîncare și bolnavul intră în *perioada de convalescență*, care este lungă.

Tratamentul : numai în spitalul de boli contagioase.

Imunitatea : durabilă.

Febrele paratifoide

Izvorul de infecție : pentru febra paratifoidă A, numai omul bolnav sau purtătorii de microbi ; pentru celelalte febre paratifoide, izvorul de infecție îl mai constituie și unele animale, ca șoarecii și alte rozătoare, porcii, păsările, vitele cornute.

Perioada de incubație : 8—10 zile.

Simptomatologia este, în mare parte, asemănătoare cu cea a febrei tifoide, cu fenomene mai atenuate și evoluție mai scurtă. Starea tifică este mai puțin accentuată. Fenomenele digestive (dureri abdominale, grețuri, vărsături, diaree) sînt mai frecvente și mai pronunțate decît în febra tifoidă.

Dizenteria

Izvorul de infecție : omul bolnav cît și purtătorii, care elimină microbii prin fecale.

Perioada de incubație : 1—7 zile.

Simptomele : începutul relativ brusc, cu febră, grețuri, dureri abdominale și scaune diareice, uneori cu mucozități sau sînge. Curînd, scaunele devin tot mai numeroase (10—20 și mai multe în 24 de ore). Emisiunea lor este imperioasă (bolnavul nu se poate ține), fiind însoțită de crampe abdominale. Dacă bolnavul este tratat de la început, boala cedează în 2—4 zile. Netratată, tratată tîrziu sau tratată de bolnav din proprie inițiativă, boala se vindecă greu și incomplet, de cele mai multe ori transformîndu-se într-o dizenterie cronică. Scaunele se răresc, starea generală se îmbunătățește, febra cedează, dar bolnavul rămîne cu perioade de ușoară diaree. Dizenteria cronică duce cu timpul la slăbirea organismului și anemii secundare, bolnavii rămînînd contagioși pentru cei din jur.

Tratamentul : numai în spital. Nici o diaree nu trebuie tratată fără a anunța medicul.

Imunitatea : de scurtă durată și numai pentru un anumit tip de bacil dizenteric.

Toxiinfecțiile alimentare

Izvorul de infecție : omul bolnav și purtătorii de microbi. Pentru unele salmonele, izvorul de infecție îl reprezintă animalele (vaci, porci, șoareci) și mai ales ouăle de rață. În ceea ce privește stafilococul, izvorul de infecție îl constituie persoanele care avînd un abces, furuncul sau altă infecție stafilococică la mîini, nas sau în alt loc pe piele, manipulează alimente, pe care le infectează.

Perioada de incubație : foarte scurtă (cîteva ore — o zi).

Simptomele : toxiinfecțiile alimentare se manifestă sub formă de gastrite, gastroenterite sau enterocolite însoțite de fenomene generale accentuate. Debutul este brusc, cu febră, frisoane, dureri de cap, dureri musculare și alterarea stării generale, dureri abdominale, grețuri, vărsături,

Scanned with OKEN Scanner

diaree. Boala evoluează 2—4 zile, simptomele cedînd treptat.

Tratamentul: în funcţie de forma de boală. În general, regim alimentar sever şi administrarea de antibiotice, sub îngrijire medicală.

Diareea epidemică a nou-născuţilor

Izvorul de infecţie: bolnavii sau purtătorii care elimină microbii respectivi prin fecale, vărsături, diaree, secreţii.

Perioada de incubaţie: 7—8 zile.

Simptomele: debut ca o simplă diaree de 1—2 zile sau brusc, cu scaune frecvente emise în jet, vărsături; pielea şi mucoasele devin uscate, greutatea copilului scade brusc. În continuare apar fenomene de intoxicaţie; se răcesc mîinile şi picioarele, copilul respiră greu. Boala durează în medie 7 zile şi este gravă.

Tratamentul: dacă este făcut de părinte, din proprie iniţiativă, poate să atragă o grea răspundere. Cea mai bună formulă este intervenţia medicală urgentă, de la primele semne de boală, înainte de apariţia fenomenelor toxice generale. Deoarece boala evoluează repede (uneori în interval de cîteva ore) spre agravare se impune chemarea medicului imediat ce se observă o tulburare în starea de sănătate a sugarului. Prevenirea bolii este strîns legată de o igienă riguroasă a nou-născuţilor, precum şi de evitarea pe cît posibil a contactelor frecvente şi apropiate cu persoane adulte.

Poliomielita (paralizia infantilă)

Izvorul de infecţie: omul bolnav şi purtătorii sănătoşi de virus.

Perioada de incubaţie: 7—14 zile.

Simptomele: tulburări digestive (diaree, greţuri, vărsături) sau tulburări de aspect gripal (catar nazal, dureri în gît), la care se adaugă uneori dureri de cap, somnolenţă sau insomnii, indispoziţie. Febra, la început moderată, urcă în zilele următoare la 38—39°, după care urmează o scădere a temperaturii, urmată de o nouă ascensiune la 38—38,5°. O dată cu aceasta apar paraliziile. Paraliziile pot ceda complet, parţial sau rămîn definitive.

Tratamentul: nu se poate aplica decît în spitalul de boli contagioase.

Singura metodă certă de prevenire a poliomielitei este vaccinarea. În prezent se practică vaccinarea pe cale bucală care a dat rezultate excelente în lupta împotriva acestei boli, devenită tot mai rară.

Virozele Coxsackie

Sub această denumire se cuprinde un grup de boli virotice, cu variate manifestări clinice (termenul *Coxsackie* fiind dat după localitatea în care au fost prima oară identificate). Virusurile *Coxsackie* sînt foarte răspîndite în natură. Se cunosc pînă acum peste 24 de tipuri de virus capabile fiecare să producă o boală acută, contagioasă. Unele tipuri de virus *Coxsackie* produc o boală cu simptome asemănătoare gripei; alteori, viroza *Coxsackie* se manifestă cu semne similare polimiomielitei (paralizii, pareze, de obicei cu evoluţie mai uşoară decît în poliomielită). Există şi meningite produse de virusurile *Coxsackie*. În general, virozele *Coxsackie* au o evoluţie bună, spre vindecare.

Hepatita epidemică

Izvorul de infecţie: omul bolnav sau purtătorii de germeni.

Hepatita epidemică se transmite pe cale digestivă; *în acelaşi timp, însă, este foarte important de reţinut că hepatita epidemică se transmite şi prin injecţii făcute de persoane incompetente, care nu ştiu să facă o sterilizare corectă a seringilor.*

Scanned with OKEN Scanner

Perioada de incubaţie: 20—30 de zile în hepatita transmisă pe cale digestivă şi 60—180 de zile pentru hepatita transmisă prin inoculare (seringă etc.).

Simptomele: debut lent, cu fenomene digestive, greţuri, uneori vărsături, constipaţie, pierderea poftei de mîncare, oboseală, indispoziţie. Alteori se adaugă dureri de cap, dureri articulare şi musculare, care fac pe bolnavi să se gîndească că au gripă sau reumatism. Curînd, urina se închide la culoare şi fecalele se decolorează. Această perioadă, numită preicterică, durează aproximativ 1—2 săptămîni. În continuare apare icterul — coloraţia galbenă — care se instalează întîi la albul ochilor şi apoi cuprinde pielea. Perioada de icter durează în medie 14—21 de zile. Uneori, coloraţia icterică nu apare de loc. Convalescenţa este în general lungă, de săptămîni şi chiar luni de zile. Hepatita epidemică trebuie considerată ca o boală serioasă, care cere multă atenţie în îngrijire atît în spital, cît mai ales în convalescenţă şi încă mult după aceea. Dispariţia icterului nu înseamnă vindecarea totală a bolnavului. Ficatul bolnavilor rămîne încă suferind, neputînd să-şi îndeplinească în mod normal funcţiile ce-i revin.

Tratamentul: numai în spital. După ieşirea din spital, fostul bolnav trebuie să respecte cîteva luni (uneori mai mult) un regim alimentar strict şi mai ales să evite eforturile fizice. Neglijarea recomandărilor medicale riscă să ducă la o suferinţă cronică şi ireversibilă a ficatului (hepatita cronică, ciroza ficatului).

Imunitatea: deoarece există mai multe tipuri de virusuri, un om se poate îmbolnăvi de mai multe ori în viaţă de hepatită epidemică. De aceea este importantă respectarea măsurilor pentru prevenirea transmiterii hepatitei epidemice, pe cale digestivă sau prin inoculare.

Alte boli contagioase

Tetanosul (fălcariţa)

Izvorul de infecţie: animale (rumegătoare şi cai) care elimină din intestin microbii tetanosului. În consecinţă, microbii se găsesc larg răspîndiţi în natură, în pămînt, bălegar, praful de stradă. *Orice rană cît de mică, murdărită cu pămînt, praf sau bălegar, poate duce la îmbolnăvirea de tetanos.* Periculoase sînt, îndeosebi, înţepăturile cu aşchii, spini sau cuie, care generează cel mai adesea îmbolnăvirea de tetanos. Rănile adînci, care nu sîngerează mult (aşa cum se întîmplă în caz de înţepătură), creează condiţii favorabile de dezvoltare bacilului tetanic, tocmai pentru că acest microb trăieşte bine cînd nu vine în contact cu oxigenul.

Perioada de incubaţie: în medie de 7 zile.

Simptomele: la început cefalee, stare generală de indispoziţie, ridicarea temperaturii, accelerarea pulsului, urmate curînd de greutate la deschiderea gurii şi înghiţit, datorită încleştării muşchilor care servesc la mestecat. Curînd contracturile (încleştarea) interesează aproape întreaga musculatură a corpului, în crize chinuitoare pentru bolnav. Febra urcă pînă la 41°, apar greutate în respiraţie, sete intensă, transpiraţii abundente, stare generală foarte rea, insomnie rebelă.

Tratamentul: se face numai în spital; el trebuie început cu maximă urgenţă, de îndată ce s-au declarat primele semne de boală. Această boală gravă, deseori mortală, poate fi prevenită prin vaccinare. Efectul vaccinării se menţine toată viaţa.

Scanned with OKEN Scanner

Orice persoană conștientă, indiferent de vîrstă sau profesie, este obligată să fie vaccinată împotriva tetanosului, pentru a elimnia riscul unei boli atît de severe. Tot pentru prevenirea tetanosului este absolut obligatoriu ca la orice rană care a venit în contact cu pămîntul, praf de stradă sau bălegar, indiferent de mărimea sau gravitatea ei, să ne prezentăm la dispensarul medical cel mai apropiat, în *primele 24 de ore de la rănire*. Pentru prevenirea tetanosului se face o îngrijire specială a rănii, pe care nu o putem realiza singuri. Persoanele vaccinate primesc de asemenea, cu ocazia rănirii, o injecție de vaccin antitetanic (revaccinarea antitetanică), pentru a li se redeștepta rezistența dobîndită cu ocazia vaccinării. Persoanele nevaccinate primesc *ser antitetanic* și se începe de îndată și vaccinarea antitetanică. Dezavantajul serului este că uneori produce reacții supărătoare, greu de preîntîmpinat (boala serului). De aceea este atît de util să fim vaccinați antitetanic, pentru ca în caz de rănire să nu fie nevoie de ser. În plus, serul nu conferă aceeași siguranță pe care o dă vaccinarea antitetanică.

Infecțiile stafilococice

Izvorul de infecție: Omul bolnav, purtătorii sănătoși și animalele. La bolnavi, stafilococii se găsesc în abcese, furuncule, eczeme, în secrețiile din nas și gît și în materiile fecale. Purtătorii de stafilococ găzduiesc microbul în nas, gît și în intestin. Infecția se poate transmite prin contact direct cu bolnavii sau purtătorii sau indirect prin obiectele, rufăria sau vesela bolnavilor. Infecția se mai poate transmite prin alimente provenite de la animalele bolnave sau alimente contaminate de persoane bolnave sau purtătoare.

Simptomele: în raport cu formele de boală sub care se poate manifesta infecția stafilococică: stafilococii ale pielii (furuncule, foliculite, hidrosadenite, pemfigusul nou-născuților, abcese), mastite (infecția glandelor mamare), dermite (erizipelul stafilococ) etc.; septicemia stafilococică (trecerea stafilococului în sînge), care survine cel mai des ca urmare a unei infecții stafilococice a pielii; toxiinfecțiile alimentare produse de stafilococ, pneumonii cu stafilococ, enterita cu stafilococ (apare de obicei după tratamente abuzive cu antibiotice).

Tratamentul: după forma de manifestare a infecției. În general este nevoie de un tratament medicamentos complex, uneori chirurgical. Infecțiile stafilococice trebuie tratate de la primele semne, pentru a preveni agravări sau complicații.

Boli provocate de viermi intestinali

Trichinoza

Izvorul de infecție: pentru om îl constituie porcul, ursul și mistrețul (în carnea acestor animale există deseori larve de trichină).

Perioada de incubație: 2—3 zile pînă la 2—3 săptămîni.

Simptomele: început cu febră ridicată, diaree, grețuri, vărsături, dureri abdominale. Starea generală se agravează, febra crește, apar dureri musculare în tot corpul, greutate la înghițit, mestecat și respirație. Pleoapele și fața se umflă. Uneori, starea toxică continuă să se agraveze și boala merge către deces. Începînd însă din săptămîna a 6-a a bolii (cînd larvele s-au închistat în mușchi), bolnavul este considerat salvat. După această perioadă, bolnavul reintră treptat în normal. Durerile musculare mai persistă însă, uneori ani de zile, mai ales la efort.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul : numai în spital. Dacă tratarea este foarte dificilă, prevenirea bolii este însă la îndemîna noastră, totul depinde de evitarea consumului de carne de porc provenită din tăieri clandestine (fără control veterinar de laborator). Toată carnea de porc distribuită în consum prin comerțul de stat are control veterinar de laborator, fiind exclusă îmbolnăvirea de trichinoză. Foarte riscant este și consumul de carne de mistreț sau de urs, care nu a trecut prin control veterinar.

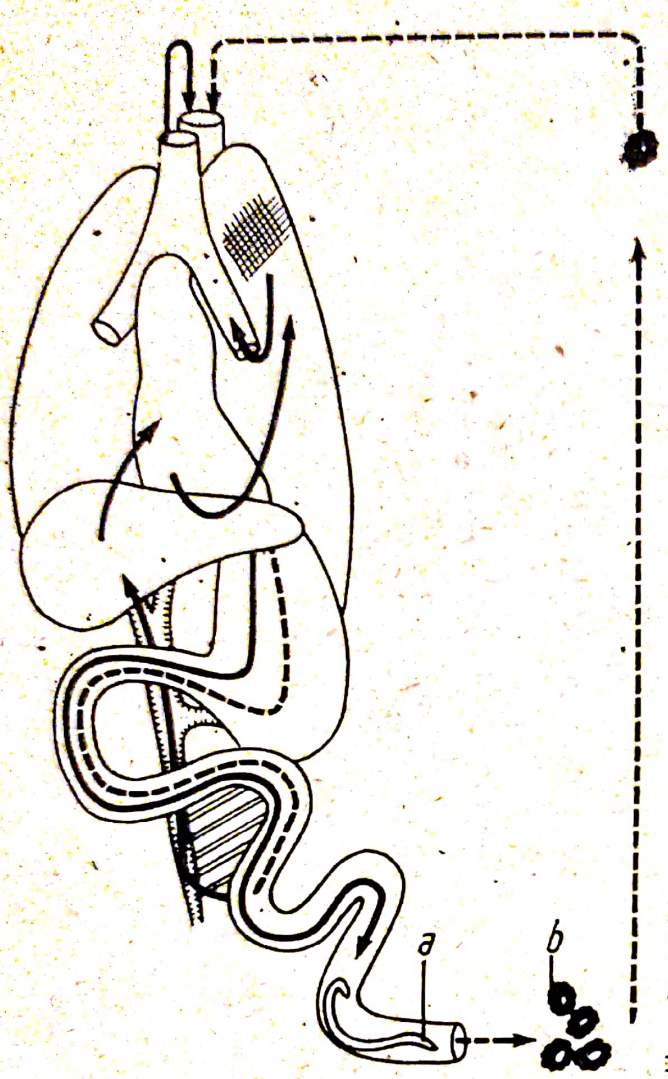


Fig. 127. — Ciclul evolutiv complet al limbricului : a — femelă adultă în intestinul persoanei infestate ; b — ouă de limbrici eliminate în mediul extern o dată cu scaunele ; cu linia punctată, drumul străbătut de ou (apoi larvă) în mediul extern, apoi în stomac și intestin pe care larva îl perforează ; cu linia plină, drumul în continuare prin ficat, inimă și plămîn ; din plămîn viermele maturizat urcă prin trahee de unde este din nou, înghițit și se fixează în intestin.

Ascaridioza

Izvorul de infecție : omul bolnav, în intestinul căruia se găsesc astfel de viermi și care elimină, împreună cu materiile fecale, o mare cantitate de ouă de ascarizi. Ouăle supraviețuiesc în pămînt cîteva săptămîni și chiar luni. Consumul unor legume crude murdărite cu ouă de ascarizi provoacă infestarea omului. Ouăle ascarizilor mai pot ajunge în fîntînă o dată cu murdăria din latrine neigienice sau praful luat de vînt. Muștele pot transporta și ele ouăle ascarizilor.

Simptomele : scăderea poftei de mîncare, greață, dureri de cap, dureri de stomac, scaune diareice sau constipație, oboseală. Prin examenul de laborator al fecalelor se stabilește diagnosticul acestei boli prin găsirea ouălor de paraziți.

Tratamentul : numai condus de medic. Prevenirea bolii este legată de respectarea măsurilor de igienă privind alimentația, aprovizionarea cu apă, spălarea pe mîini, distrugerea muștelor. Organele sanitare fac controale pentru găsirea și tratarea copiilor bolnavi.

Oxiuraza

Izvorul de infecție : purtătorul de oxiuri, care elimină ouăle acestor viermi. Ouăle sînt depuse în jurul orificiului anal. Bolnavul are mîncărimi puternice la șezut și se scarpină ; ouăle se depun sub unghii, de

unde pot fi aduse din nou în gură și de aici iar în intestin. Ouăle pot ajunge și pe rufăria bolnavului sau pe obiectele din jurul lui, contaminînd și pe ceilalți membri ai familiei.

Simptomele: mîncărimi la șezut, care adesea pot fi chinuitoare, împiedicînd somnul bolnavului. Din cauza scărpinatului se pot produce infecții ale pielii. Toxinele viermișorilor provoacă dureri de cap, grețuri.

Tratamentul: sub îndrumarea și controlul medicului. Ca măsură de prevenire, copiii vor dormi în chiloți schimbați zilnic și fierți înainte de a fi spălați. Restul rufăriei de corp și pat va fi fiartă și călcată cu fierul bine încins. Unghiile se vor tăia scurt, iar mîinile se vor spăla cît mai des.

Teniaza

Unii viermi intestinali sînt turtiți, asemănîndu-se cu o panglică formată din multe inele mici, turtite. Ultimele inele sînt pline cu ouă. Ele se desprind de restul teniei și sînt eliminate din organismul bolnavului, o dată cu fecalele. În mediul extern, inelele se usucă și ouăle devin libere. Dacă sînt înghițite de animale (porci, vaci), ouăle dau naștere unui embrion care străbate intestinul acestora și apoi se fixează în mușchii animalului. Dacă omul consumă carne de porc sau de vită fiartă insuficient, atunci acești embrioni (cisticerci) se fixează în intestinul omului și din ei se va dezvolta tenia adultă. Există și tenii mai mici, care trăiesc în intestinul cîinelui. Dacă ouăle acestor tenii ajung în intestinul omului (de exemplu, prin mîngîierea cîinelui și ducerea la gură a mîinilor nespălate), din ele se dezvoltă embrioni închistați care, localizați în diferite organe ale corpului omului, dau naștere la boala numită *chist hidatic*, boală gravă, cu slăbirea progresivă a puterii organismului și anemie.

Tratamentul chistului hidatic este numai chirurgical. Prevenirea constă în controlul veterinar al animalelor înainte de tăiere, împiedicîndu-se astfel consumul cărnii cu cisticerci. Carnea va fi consumată numai foarte bine fiartă sau prăjită. Este de asemenea obligatoriu să ne spălăm pe mîini după ce ne-am jucat cu un cîine, sau o pisică, spre a evita infestarea cu teniile chistului hidatic.

Scanned with OKEN Scanner

Ziua bună se pregătește de dimineață

Omul care-și prețuiește sănătatea începe ziua în felul următor :

1. Scularea, trecerea la o ținută cît mai sumară, deschiderea sau întredeschiderea ferestrei (dacă vremea permite).

2. Zece minute de gimnastică de înviorare :

- mișcări ale capului : înainte, înapoi, lateral, rotiri ;
- mișcări ale trunchiului : înainte, pe spate, lateral, rotiri ;
- mișcări de flexie și extensie ale membrelor superioare și inferioare, fără a uita degetele (pentru înviorarea circulației periferice) ;
- cîteva sărituri (după posibilități) ;
- pe parcurs și la sfîrșit, exerciții de respirație : inspirația în extensie, expirația în flexie.

Exercițiile nu trebuie să depășească resursele organismului, nu trebuie să obosească, să provoace gîfîială, palpitații.

3. O fricțiune bună pe întregul corp cu un prosop muiat în apă la temperatura camerei și stors.

4. Toaleta de dimineață, îmbrăcarea, micul dejun etc.

E nevoie, pentru toate acestea, să ne trezim cu un sfert de oră mai devreme ? Desigur, dar merită !

Un start bun dimineața, și toate ne vor reuși din plin pe toată ziua !

Mic cod al sănătății la vîrsta înaintată

Prima poruncă : **SOBRIETATE**

Aceasta înseamnă :

- A nu mînca niciodată „pe săturate", de preferat a păstra un mic rest de poftă de mîncare la scularea de la masă.
- A nu mînca mai des decît de trei ori pe zi.
- A mînca mai ușor seara.
- A reduce din carne, ouă, untură, slănină, unt, tocături, afumături, mîncăruri „grele" în general, preferînd legumele proaspete, salatele, fructele, produsele lactate.
- Mai puțină sare, mai puține condimente iuți.
- Cît mai puțin alcool și tutun, mai bine de loc. Foarte rar s-a văzut ca marii băutori și fumători să ajungă la 100 de ani.
- Mai puțină cafea și mai puțin ceai rusesc tare.

Scanned with OKEN Scanner

A doua poruncă: **ACTIVITATE**

Aceasta înseamnă:

● O dată cu ieșirea la pensie, a nu renunța brusc la orice activitate, ci a reduce progresiv activitatea, în raport cu noul mod de viață și posibilitățile organismului. Trecerea la fotoliu și papuci, la „odihna totală", este cea mai potrivită metodă de a îmbătrîni repede.

● A nu neglija activitatea fizică: mers pe jos, plimbare, grădinărit etc.

● A cultiva activitatea intelectuală: lecturi, spectacole, concerte, conferințe, șah, preocupări științifice și tehnice, muncă de colecționar etc., etc., etc.

A treia poruncă: **IGIENĂ**

Aceasta înseamnă:

● A iubi aerul curat, nu numai afară dar și în casă.

● Totuși, a ocoli băile de soare și litoralul (pentru cei neobișnuiți cu marea).

● A veghea la evacuarea zilnică a intestinului, dar cu ajutorul unei alimentații potrivite și al bunelor deprinderi și cît mai puțin (și numai cu știrea medicului) cu ajutorul purgativelor și laxativelor.

● Îngrijirea minuțioasă a pielii, ale cărei funcții importante nu trebuie subapreciate o dată cu înaintarea în vîrstă; prima pretenție a pielii, la toate vîrstele, se știe care este: curățenia.

● Evitarea condițiilor atmosferice neprielnice: căldură toridă sau ger aspru, umezeală, ceață, vînt puternic.

● Alegerea judicioasă a îmbrăcămintei, în raport cu condițiile atmosferice și ținînd cont că mecanismele de termoreglare nu mai funcționează ca în tinerețe. Însă îmbrăcămintea excesivă, înfofolirea, sînt la fel de dăunătoare omului în vîrstă ca și copilului mic.

● Somn suficient, satisfacerea deplină a necesității de somn a organismului, chiar dacă omul în vîrstă se mulțumește cu 7 sau chiar 6 ore pe zi. La nevoie (dar cît mai rar), un somnifer ușor.

● Legătura cu medicul, fără a neglija că nu totdeauna este nevoie de medic ca tămăduitor, dar oricînd este nevoie de el ca *sfătuitor*.

! ATENȚIE LA PORUNCA Nr. 1:
EVITAREA ORICĂRUI EXCES!

Scanned with OKEN Scanner

17

Tuberculoza

- Cîteva precizări 338
- Depistarea tuberculozei 340
  - Reacția la tuberculină 340
  - Radiofotografia 340
  - Analiza sputei 340
- Combaterea tuberculozei 341
  - Pentru cei neinfectați 341
  - Pentru cei infectați 342
  - Pentru bolnavi 343
  - Pentru foștii bolnavi 344
- Măsuri de profilaxie 345

Cîteva precizări

După cum se știe, tuberculoza poate să atace aproape toate organele corpului, dar cel mai des atacați sînt plămînii.

Pentru a înțelege mai bine cele ce urmează în legătură cu această boală este bine să lămurim de la început cîteva probleme :

1. Fără bacilul tuberculozei nu poate exista îmbolnăvire de tuberculoză.

2. Nu toți cei infectați cu bacilul tuberculozei se îmbolnăvesc, ci numai o mică parte (3—5%).

3. Rareori infecția este urmată de boală, așa cum se întîmplă la cei foarte expuși infectării, cum sînt în special copiii care locuiesc și chiar dorm în același pat cu părinții tuberculoși. La aceștia, boala urmează la foarte scurt interval după infectare. În marea majoritate a cazurilor, microbii rămîn „adormiți" în corp și la un moment dat încep să se înmulțească și să provoace distrugeri în organele în care se găsesc. Această reluare a înmulțirii lor coincide aproape totdeauna cu unul din factorii favorizanți : eforturi fizice grele și alimentație insuficientă ; muncă în aer cu praf de siliciu ; necazuri și supărări mari. În sfîrșit, mai sînt cei care, deși infectați, nu se vor îmbolnăvi toată viața. Deci, din punctul de vedere al tuberculozei, fiecare din noi face parte din una dintre următoarele categorii :

1. *neinfectați* cu bacilii tuberculozei ;
2. *infectați*, dar sănătoși ;
3. *infectați* și bolnavi.

Se poate deduce cu ușurință că numai după infectare există posibilitatea, pentru unii, de a se îmbolnăvi imediat, iar pentru alții de a se îmbolnăvi mai tîrziu, dar că trecerea

prin aceste etape (infecţie-boală) este absolut obligatorie, indiferent dacă parcurgerea lor se face foarte rapid sau foarte lent.

Cei neinfectaţi au tot interesul să devină partizani credincioşi ai normelor de igienă şi să accepte măsurile de profilaxie preconizate de organele sanitare, pentru a rămîne în continuare neinfectaţi. Cei bolnavi sînt cu-

parte) şi cei care prezintă unele mici modificări pe radiografia pulmonară, aşa-numiţii „purtători de leziuni minime". Astfel a apărut noţiunea nouă de „categorii cu risc mai mare de îmbolnăvire prin tuberculoză".

Statistic (deci teoretic) vorbind, riscul de îmbolnăvire pentru întreaga populaţie a fost estimat în modul următor :

Categoria	*Riscul de îmbolnăvire într-un an*
Neinfectaţi	0 (atîta vreme cît rămîn neinfectaţi)
Infectaţi vechi	1 din 600
Infectaţi vechi hiperalergici	1 din 200
Infectaţi vechi cu leziuni minime	1 din 25 ; 1 din 100
Infectaţi foarte recent	1 din 9 ; 1 din 10
Infectaţi cu leziuni minime şi hiperalergie	1 din 8 ; 1 din 9
Infectaţi cu leziuni minime şi hiperalergie la adolescenţi sau foşti pleuretici	1 din 2 ; 1 din 8
Bolnavi cu leziuni, foarte mici de început	Risc realizat
Bolnavi cu leziuni avansate, grave	Risc realizat
Bolnavi cu leziuni avansate grave şi cu bacili deveniţi rezistenţi la medicamente	Risc realizat

noscuţi ca atare şi sînt trataţi. Principalul este să fii descoperit ca bolnav cît mai de timpuriu, dacă se poate cu mult înainte de a simţi cel mai discret semn de îmbolnăvire ; în tuberculoză, acest lucru este posibil, cu condiţia să acepţi măsurile de depistare pe care organele sanitare le pun în mod gratuit la dispoziţia tuturor. Rămîne marea masă a celor „infectaţi dar sănătoşi". S-a pus întrebarea dacă ar exista posibilitatea de a prevedea care dintre aceştia riscă să se îmbolnăvească mai curînd, pentru a face ceva în apărarea lor. S-a stabilit că din această categorie sînt mai expuşi cei care reacţionează foarte puternic la tuberculină, aşazişii „hiperalergici" (vezi mai de-

Se poate vedea că atunci cînd există în acelaşi timp mai multe condiţii agravante, riscul de îmbolnăvire creşte. Cînd o persoană locuieşte împreună cu bolnavi contagioşi (cînd este „contact tbc"), acest lucru adaugă un element de gravitate în plus, indiferent în care din categorii se află. Dar faptul că cineva se află într-una din categoriile enumerate mai sus nu înseamnă că are soarta pecetluită. Pentru fiecare se poate face în mod practic ceva spre a întîmpina trecerea în categoria cu gravitate mai mare.

Însă, pentru a face ceva cu folos, trebuie mai întîi să ştim în ce categorie se situează fiecare. Pentru aceasta avem la îndemînă :

Scanned with OKEN Scanner

Depistarea tuberculozei

Nimeni nu poartă eticheta categoriei din care face parte. El trebuie identificat prin utilizarea unei serii de procedee tehnice. Nimic, de exemplu, nu deosebeşte o persoană infectată şi sănătoasă în prezent de una care prezintă un risc mare de a se îmbolnăvi.

Reacţia la tuberculină

Este singura probă care poate indica dacă o persoană este sau nu infectată cu bacilul tuberculozei. Lucrul este posibil datorită faptului că — după pătrunderea bacilului în corpul omului — se petrec o serie de modificări generale, care fac ca orice ţesut din corp (deci şi pielea) să reacţioneze printr-un soi de inflamaţie cînd vine în contact cu tuberculina (un extras din bacilul tuberculozei). În vorbirea medicală se spune să organismul a devenit *alergic* (adică reacţionează altfel decît înainte de infectare, cînd, de fapt, nu reacţiona). Reacţia se poate executa în mai multe feluri, dar cea mai răspîndită metodă este prin introducerea substanţei respective, cu ajutorul unui ac subţire, în piele : intradermoreacţia (IDR).

În ultimul timp se foloseşte un extras purificat din tuberculină, desemnat cu iniţialele P.P.D., şi care este mai puternic decît tuberculina.

Dacă, de exemplu, se descoperă că copiii mici dintr-o familie sînt infectaţi, acest lucru arată că există prin preajmă un izvor de contagiune necunoscut. În plus, reacţia la tuberculină mai poate desemna una dintre categoriile periclitate şi anume, persoanele „hiperalergice". Acestea reacţionează la tuberculină în mod deosebit de puternic, dar fără gravitate. Probele tuberculinice au avantajul că pot identifica pe infectaţi şi pe hiperalergici, chiar atunci cînd la plămîni nu se descoperă nimic cu razele Röntgen (nu totdeauna pătrunderea infecţiei se face prin plămîni).

Radiofotografia

Se efectuează prin reproducerea pe film fotografic a imaginii toracelui. Precizia radiofotografiei este mai mare decît a radioscopiei şi se apropie de a unei radiografii. În afară de aceasta, doza de raze X pe care o primeşte corpul în cursul unei radiofotografii este mai mică decît cea primită cu ocazia unei radioscopii sau a unei radiografii. Apoi, graţie volumului lor mic, clişeele de radiofotografie pot fi păstrate într-un fişier şi pot fi comparate cu clişeele obţinute ulterior la aceeaşi persoană, ceea ce ajută foarte mult la o interpretare corectă. În afară de descoperirea cazurilor de boală necunoscute, radiofotografia este importantă pentru că identifică aşa-zisele „leziuni minime" care, de obicei, nu se văd la radioscopie.

Analiza sputei

Căutarea sistematică a bacilului tuberculozei este importantă, mai ales la cei care au leziuni minime şi la foştii bolnavi vindecaţi, pentru a verifica dacă într-adevăr nu sînt eliminatori de bacili. Tocmai pentru a mări valoarea acestei verificări, examenele bacteriologice trebuie repetate de mai multe ori.

Scanned with OKEN Scanner

Combaterea tuberculozei

Lupta contra tuberculozei înseamnă : a) prevenirea infectării ; b) prevenirea îmbolnăvirii. Practic, principiul general este de a se aplica fiecărei categorii din cele pe care le-am văzut măsurile cele mai potrivite pentru a împiedica trecerea într-o categorie cu o gravitate mai mare. Într-un fel sau altul, fiecărui cetățean i se adresează una dintre măsurile de luptă antituberculoasă. Pentru reușita deplină a acestor măsuri nu rămîne decît ca întreaga populație să participe la realizarea lor.

Măsurile de sporire a rezistenței față de tuberculoză încep cu acelea care măresc rezistența în general față de toate bolile. Măsuri foarte simple, dar foarte eficace : o viață ordonată, cu respectarea riguroasă a perioadelor de odihnă și somn ; practicarea moderată a sporturilor și a jocurilor în aer liber ; asigurarea unei alimentații raționale, cu aport variat de substanțe alimentare, în special vitamine, evitarea unor abuzuri și excese, cum ar fi abuzul de alcool (care în mod special face să scadă rezistența față de tuberculoză) și de tutun.

În afară de măsurile de profilaxie generală, fiecărei categorii din cele enumerate i se potrivesc mai bine unele din acțiunile antituberculoase :

Pentru cei neinfectați

După cum se știe, combaterea cu spor a bolilor molipsitoare în general a început din momentul în care s-au descoperit vaccinuri eficace contra fiecăreia din ele. După ce s-a descoperit că și tuberculoza este o boală molipsitoare, datorită unui microb, s-au făcut numeroase încercări de a găsi un vaccin și contra acestei boli. În al doilea deceniu al secolului nostru, savanții francezi Calmette și Guérin au reușit să producă un asemenea vaccin, care, după numele lor, este desemnat cu trei inițiale : B.C.G. (*B*iliat-*C*almette-*G*uérin).

Copiii la naștere nu sînt infectați cu bacili tuberculoși (nici măcar cei născuți din mame tuberculoase). Dacă sînt izolați imediat după naștere, feriți de contact cu tuberculoșii, copiii se dezvoltă perfect normal. Deoarece, în momentul nașterii, copiii sînt neinfectați, ei se vaccinează contra tuberculozei, fără vreo altă precauție, în primele 10 zile de viață. La toate celelalte vîrste, vaccinarea B.C.G. este precedată de proba tuberculinică, pentru a se vedea mai întîi dacă copilul (sau tînărul) nu a fost infectat, în care caz nu se mai vaccinează. Proba la tuberculină slujește și pentru a se verifica la cei vaccinați — dacă efectul vaccinului n-a slăbit, în care caz trebuie făcută revaccinarea. Acolo unde vaccinarea B.C.G. și revaccinarea se fac corect, chiar dacă nu se suprimă total apariția de îmbolnăviri, cel puțin se reduc foarte mult și aproape că dispar formele grave (de exemplu, meningitele tuberculoase). În mod special trebuie efectuată vaccinarea B.C.G. la copiii din familiile în care există un tuberculos, deoarece ei sînt mai periclitați.

Un risc mare de îmbolnăvire există și pentru adulții tineri care se angajează să muncească în sanatoriile pentru tuberculoși, sau în fermele de izolare pentru vite tuberculoase, cei încă neinfectați fiind mai periclitați decît cei infectați. Este adevărat că neinfectații au cele mai puține riscuri de a se îmbolnăvi, dar acest adevăr rămîne valabil doar atîta vreme cît ei *rămîn neinfectați*. Dacă ajung însă

Scanned with OKEN Scanner

intr-un mediu înconjurător în care există mulți microbi, ei se infectează și pentru ei există, pentru o perioadă de 1—2 ani, un pericol de îmbolnăvire mult mai mare decît pentru cei de multă vreme infectați. La unii, imediat după infectare apare și boala. Prin urmare, cei infectați mai de mult au un risc de îmbolnăvire imediată mai mic decît cei neinfectați, atunci cînd sînt puși în condiții de infectare puternică.

Rezultă clar de ce trebuie luate precauții speciale pentru tineri (ca și pentru copii). Pe fiecare tînăr trebuie să-l intereseze personal dacă este neinfectat cu tuberculoză, în care caz trebuie să fie vaccinat B.C.G. De asemenea să nu se angajeze într-un mediu infectat decît după trecerea timpului în care vaccinul determină creșterea rezistenței.

Pentru cei infectați

Vaccinarea B.C.G. nu mai este aplicabilă celor infectați. La aceștia se fac examene radiofotografice, pentru a surprinde cît mai devreme o eventuală îmbolnăvire, atunci cînd leziunile sînt încă neînsemnate.

Supravegherea prin radiofotografie se aplică în mod sistematic adulților. La copiii sub 15 ani se face acest examen numai dacă sînt recunoscuți, prin IDR, ca infectați.

Datorită examenului radiofotografic se descoperă, așadar, nu numai cazurile de boală evidentă, ci și stadiile de *leziune minimă*, cînd persoanele respective nici nu sînt cu adevărat bolnave, ci doar prezintă un risc mărit de îmbolnăvire. Alte grupe periclitate sînt identificate prin IDR. Astfel sînt *hiperalergicii* (care reacționează puternic la tuberculină) și *cei de curînd infectați*. Acest lucru este ușor de determinat, tot pe baza reacției la tuberculină, dacă se știe că ei cu 6—18 luni mai înainte erau neinfectați, iar la ultima reacție apar ca infectați.

Toate cele trei categorii de mai sus prezintă un risc crescut de îmbolnăvire, dar care astăzi poate fi prevenit. Dacă o persoană face parte în același timp din două sau chiar din toate cele trei categorii sau dacă făcînd parte dintr-una din ele, este și contact cu un tuberculos sau, de exemplu, rămîne gravidă, atunci riscurile de îmbolnăvire cresc și mai mult. Astăzi însă, pentru a împiedica îmbolnăvirea celor periclitați, a devenit posibil să se intervină cu ajutorul hidrazidei (HIN), care este un medicament foarte activ și totodată foarte simplu de administrat. Deoarece este vorba de o metodă de profilaxie care utilizează o substanță chimică, metoda a fost denumită *chimioprofilaxie*. Aplicarea chimioprofilaxiei, ca și durata ei — care este de minimum 6—9 luni — se indică de către medic. Deși este vorba de persoane încă sănătoase, ele trebuie să urmeze cu toată seriozitatea indicațiile primite, să nu înceteze mai devreme luarea medicamentului și să nu facă întreruperi. Încălcarea prescripției face ca să nu se mai obțină protecția urmărită; mai mult chiar, chimioprofilaxia se poate transforma într-o acțiune dăunătoare, căci bacilii din corp, în loc să fie distruși, se obișnuiesc cu medicamentul și devin rezistenți. Purtătorilor de leziuni minime li se mai recomandă să se prezinte pentru control la radiofotografii periodice și la examene bacteriologice repetate. Supravegherea va fi și mai strictă dacă persoana cu leziuni minime a avut nu de mult pleurezie sau trăiește în contact cu un bolnav de tuberculoză.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru bolnavi

Un tratament bun începe cu depistarea precoce. Din acest moment, medicul, cu concursul larg al bolnavului, va urmări două obiective esențiale : 1) ca boala să nu se cronicizeze; 2) ca bacilii să nu devină rezistenți la antibioticele antituberculoase. Prin cronicizarea bolii se înțelege că s-a ajuns la un stadiu în care boala își pierde caracterul grav imediat, dar nici spre vindecare nu merge. Dacă nu progresează mocnit, în cel mai bun caz stă pe loc și bolnavul continuă să fie răspînditor de bacili, deși de obicei într-o proporție mai mică decît înainte de începerea tratamentului. În asemenea situații, de cele mai multe ori se înregistrează și o creștere a rezistenței bacililor față de antibiotice. Bolnavii care elimină bacili deveniți rezistenți pot infecta și pe cei din jur cu asemenea bacili. Aceste persoane sînt condamnate din capul locului să nu poată fi tratate în mod eficace.

Iată cele două pericole mari ale tratamentelor ineficace. De obicei, aceste tratamente sînt ineficace cînd bolnavul se abate de la recomandările medicului în privința modului de tratament (cantitatea totală de antibiotice și ritmicitatea administrării lor). Greșelile se răsfrîng atît asupra bolnavului, cît și asupra celor din jur.

Pentru a se evita aceste două pericole grave nu există decît o singură soluție : ca tratamentul să dea de la început microbilor o lovitură puternică, năucitoare, în așa fel ca aceștia să nu-și mai revină pînă cînd în corpul omului bolnav s-au înfiripat procesele de cicatrizare. Tratamentul trebuie să ducă repede la succes, înainte ca microbii să se învețe cu medicamentele. Dacă în 2 sau maximum 3 luni bacilii n-au dispărut din eliminările bolnavului (flegmă, urină, puroi), tot mai greu este posibil acest lucru, iar prelungirea tratamentului mărește șansele ca bacilii să devină rezistenți față de antiboticele întrebuințate. De aceea, ca și într-o luptă, trebuie să se atace repede și puternic. Se poate spune că în tratamentul tuberculozei primele luni sînt hotărîtoare, fiindcă toate cazurile devenite cronice sau cu bacili rezistenți sînt după aceea cu mult mai greu de tratat. În primele luni de tratament trebuie forțată victoria. De aceea se înțelege cît de grave sînt „trădările" în această perioadă (nerespectarea întocmai a prescripțiilor medicului, introducerea de pauze în administrarea medicamentelor etc.). Se mai înțelege de ce, încă de la început, tratamentul trebuie să se facă cu doze mari, cu mai multe antibiotice deodată și cu medicamente la care bacilii să nu fie rezistenți. Se înțelege cît este de important să se cunoască încă de la începutul tratamentului dacă nu cumva bacilii sînt rezistenți la unele din medicamente și la care anume, după cum trebuie urmărit și în tot cursul tratamentului dacă nu aparae o asemenea rezistență. Astăzi avem la îndemînă analize de laborator care ne informează asupra acestor lucruri, ba chiar și cît de mare este rezistența cîștigată de bacili. Totodată apare clar că alegerea judicioasă, încă de la început, a medicamentelor, ca și combinarea lor în cursul tratamentului nu o poate face bolnavul și că un tratament aplicat anarhic duce la greșeli ireparabile.

Tratamentul unei tuberculoze trebuie prelungit foarte mult, uneori peste 1 an și chiar peste 1 an și jumătate. S-ar putea ivi următoarea nedumerire : dacă primele 3—4 luni sînt cele hotărîtoare, atunci care mai este rostul tratamentului în continuare (după 4 luni) ? Răspunsul este :

Scanned with OKEN Scanner

primele luni ale primului tratament asigură victoria, dar *pentru menținerea și consolidarea acestei victorii este nevoie de următoarele multe luni de tratament.* Este pe deplin dovedit astăzi că prelungirea tratamentului, mult timp după ce bolnavul are impresia că s-a însănătoșit, asigură contra riscului de revenire a bolii. Cu cît tratamentul este mai lung cu atît riscul scade mai mult.

În sfîrșit, încă o precizare importantă: dacă după un număr de luni de tratament, rezultatele obținute nu sînt mulțumitoare, se poate ivi nevoia unei intervenții chirurgicale. Cea mai rațională atitudine a bolnavului este să țină seama de sfatul medicului, căci amînarea sau evitarea intervenției poate duce cu timpul la situația în care nici operația nu mai poate fi făcută.

La tratamentul propriu-zis se adaugă și metodele ajutătoare. *Odihna și aerul de munte* au fost mult timp singurele speranțe în perioada cînd nu existau medicamente eficace contra tuberculozei pulmonare. Cadrul natural, de munte sau de deal, contribuie la alungarea grijilor și gîndurilor negre, la repausul fizic, intelectual și sentimental, care desigur are și el partea lui în grăbirea vindecării. Totuși, de cînd a fost pe deplin stabilit că mult mai importantă este aplicarea corectă a tratamentului medicamentos, se consideră mai avantajoasă cura sanatorială în apropierea orașelor mari, în zone mai îndepărtate de complexele industriale care alterează aerul.

Pentru alte forme de tuberculoză decît cea pulmonară (tuberculoza oaselor, a ganglionilor, a peritoneului și a organelor genitale, în special ale femeii), acțiunea climei de litoral continuă și astăzi să fie prețuită. În tuberculoza pulmonară, aerul marin și băile de soare sînt periculoase.

Nici repausul, care se impunea altădată cu strictețe bolnavilor de tuberculoză, nu mai apare astăzi necesar sub forma lui totală decît la bolnavii foarte slăbiți sau cu febră. În cazul unei evoluții favorabile, un repaus la pat de circa 16—17 ore din 24 se va păstra numai în primele luni după începerea tratamentului, putîndu-se apoi introduce treptat oarecare mișcare și, mai tîrziu, chiar o muncă ușoară, totul bineînțeles sub supravegherea medicului. În mod special, în tuberculoza oaselor, cu excepția mușchilor din zona articulației imobilizate în gips, este bine ca ceilalți mușchi să fie foarte din vreme masați și utilizați în cadrul unor mișcări de gimnastică, simple dar repetate, pentru a menține în condiții bune hrănirea lor și pentru a preîntîmpina atrofia.

Și în ceea ce privește alimentația s-a forțat nota în trecut. Bolnavii erau îndopați, ceea ce a avut ca rezultat uneori o îmbolnăvire a ficatului și o mai mare scădere a poftei de mîncare. Alimentația bolnavului de tuberculoză trebuie să fie în primul rînd variată, adică să se compună din toate felurile de alimente, să conțină atît produse bogate în albumine (carne, pește, brînză, ouă), cît și făinoase, dulciuri, grăsimi și verdețuri. Rareori trebuie să se depășească 2 600 de calorii pe zi și aceasta numai în cazuri speciale.

Pentru foștii bolnavi

Foștii bolnavi de tuberculoză vindecați rămîn totuși o categorie cu risc mărit de a se reîmbolnăvi, proporția de îmbolnăviri printre aceștia fiind de 20 de ori mai mare decît la totalul populației. O primă măsură de protecție rămîne tratamentul prelungit al bolii. Insistăm din nou asupra faptului că bolnavul trebuie să-l ac-

Scanned with OKEN Scanner

cepte, chiar dacă i se pare nejustificată prelungirea, el simţindu-se de mult vindecat. După încetarea tratamentului, fostul bolnav trebuie să-şi impună disciplina de a se prezenta regulat la controlul radiologic şi bacteriologic. La foştii bolnavi contează examenul bacteriologic. În urma leziunilor rămîn umbre care se suprapun, astfel că aprecierea numai pe baza razelor Röntgen este mai grea. Iată de ce examenul bacteriologic poate fi mai concludent. Pe de altă parte, foştii bolnavi mai pot elimina din cînd în cînd bacili, lucru care trebuie descoperit neîntîrziat, pentru a preveni infectarea celor din jur. În afară însă de controalele care au drept scop surprinderea unei eventuale reîmbolnăviri, există şi posibilitatea de a împiedica o asemenea eventualitate. Ca şi pentru celelelate grupe periclitate, acest lucru se realizează prin chimioprofilaxie. Ea se aplică foştilor bolnavi ori de cîte ori survine una din cauzele care se ştie că slăbesc rezistenţa la tuberculoză : o gripă sau altă boală debilitantă, o operaţie de ulcer gastric sau de amigdalită, o sarcină etc. Ca şi bolnavii de tuberculoză, foştii bolnavi au dreptul la gratuitate pentru asistenţă medicală şi toate medicamentele. Reluarea muncii trebuie făcută cu precauţie. De altfel, reantrenarea la efort trebuie începută încă din timpul internării, iar reînceperea propriu-zisă a activităţii se va face progresiv şi sub observaţie medicală. Tot din timpul tratamentului, bolnavii de tuberculoză pulmonară pot începe unele mişcări de gimnastică special adaptate aparatului respirator. Cînd au existat leziuni mari, vindecarea lor se face prin înlocuire cu un ţesut fibros, care poate ocupa o anumită parte din plămîni, înlocuind ţesutul pulmonar la nivelul căruia se fac schimburile de gaze (respiraţia). Pe de altă parte, ţesutul fibros, spre deosebire de ţesutul pulmonar normal, n-are elasticitate, ceea ce va frîna actul respirator. Tocmai pentru a preveni ca vindecarea bolii să se facă cu asemenea „defecte" se intervine cu gimnastica medicală, încă din timpul tratamentului. Efectuată sub conducerea unor specialişti, ea va ajuta pe fostul bolnav să revină la eforturile cerute de muncă, fără ca să prezinte greutate în respiraţie.

Cele spuse pentru tuberculoza pulmonară sînt în mare măsură valabile şi pentru tuberculoza oaselor şi articulaţiilor. Înainte de descoperirea antibioticelor, vindecarea nu se putea obţine decît cu preţul anchilozării definitive prin operaţie a articulaţiilor bolnave. Astăzi au devenit posibile vindecări cu păstrarea mişcărilor în articulaţie. Pentru aceasta se practică masaje, mişcări progresive şi — atunci cînd este nevoie — operaţii de corectare.

Măsuri de profilaxie

Izvoarele de infecţie sînt oamenii bolnavi, precum şi animalele bolnave de tuberculoză.

Rezultă că tratamentul bolnavilor este un prim mijloc foarte eficace pentru a face să scadă „bombardamentul" de microbi asupra celor sănătoşi. Să zăbovim puţin asupra acestui aspect. Bolnavii de tuberculoză pulmonară elimină spută, care conţine un număr enorm de bacili. Scuipată pe jos, sputa devine un factor important de transmitere a bolii. Să ne gîndim numai la copilul mic care se tîrăşte pe jos, ducînd la gură tot ce-i cade sub mînă. Apoi, prin anumite unghere, microbii din picăturile de spută îşi păstrează contagiozitatea

Scanned with OKEN Scanner

mai multe zile. Ei sînt apărați de substanțele albuminoase, care le asigură o supraviețuire lungă. Sputa uscată se amestecă cu praful și ca atare este ridicată în aer, putînd apoi fi aspirată.

Sînt foarte periculoase și micile picături — invizibile cu ochiul liber — pe care bolnavul le proiectează în jurul lui prin tuse și strănut, căci, fiind ușoare, plutesc în aer pe un perimetru de aproximativ 1 metru pînă la 1 metru și jumătate în jurul bolnavului. Aceste picături sînt cu atît mai periculoase cu cît sînt mai mici, deoarece pot pătrunde pînă în profunzimea plămînilor și plutesc mai mult în aer.

Bolnavul de tuberculoză este obligat să scuipe numai într-o scuipătoare care să conțină un dezinfectant (cel mai bine o soluție de cloramină 3—5%). Sputa se lasă în contact cu dezinfectantul cel puțin 2 ore, apoi tot conținutul scuipătorii se deșartă în closet sau, la țară, într-o groapă destul de adîncă și cu capac. În absența oricărei scuipători se recomandă bolnavilor gravi să scuipe în șervețele de hîrtie (sau bucățele de ziar) pe care să le adune într-un săculeț sau plic mare de hîrtie care va fi aruncat pe foc. Bolnavul de tuberculoză nu trebuie să se spele pe dinți sau să-și clătească gura deasupra chiuvetei sau a ligheanului în care se spală și ceilalți membri ai familiei, ci deasupra closetului.

Lenjeria bolnavului grav, care poate fi contaminată de spută, urină și alte secreții, trebuie strînsă într-un sac, separat de lenjeria celorlalți membri ai familiei și scufundată într-o soluție de leșie 2%, în care va fi menținută timp de 2—3 ore, înainte de a fi spălată. Razele solare fiind un foarte puternic dezinfectant pentru bacilii tuberculozei, obiectele care pot fi expuse la soare se dezinfectează în acest fel (pături, jucării, obiecte de uz casnic etc.). Peste podele se va arunca din cînd în cînd apă fierbinte cu soluție de cloramină sau sublimat 2‰ (atenție, atacă metalele) sau cu leșie 2%. Pereții se vor vărui cel puțin de două ori pe an, punîndu-se în var formol în proporție de 2%. Bolnavii contagioși trebuie să aibă veselă și tacîmuri separate, care vor fi fierte tot separat. Cînd tușesc sau strănută trebuie să-și astupe nasul și gura fie cu batista, fie cu șervețele de hîrtie (acestea vor fi aruncate în foc) și — mai ales — vor avea grijă să întoarcă capul de la persoanele care se află în preajmă. Cel mai bun lucru este ca bolnavul contagios să aibă o cameră separată sau, atunci cînd aceasta nu este posibil, să se despartă din cameră, cu o draperie sau un cearșaf, o porțiune în care va sta numai el și în care cu nici un preț nu vor pătrunde copiii. Oricît de greu le-ar veni părinților bolnavi, ei n-au voie să-și sărute copiii.

Firește că cea mai sigură izolare se realizează prin internarea bolnavului în spital sau sanatoriu. Prin aceasta se simplifică mult și dezinfecția. După internarea bolnavului, dacă se solicită inspectoratului sanitar de stat (prin intermediul dispensarului antituberculos), acesta efectuează o dezinfecție amănunțită. Dacă însă, din diferite motive, bolnavul nu poate fi internat, atunci se va căuta prin toate mijloacele îndepărtarea copiilor (mai ales dacă bolnavul nu poate fi izolat într-o cameră separată). În afară de plasarea copiilor la rude sănătoase, astăzi statul nostru oferă posibilitatea ca acești copii să fie trimiși în preventorii, care sînt instituții special create în acest scop. În ele, în afară de control medical amănunțit, hrană consistentă și program în aer liber,

Scanned with OKEN Scanner

se asigură și continuarea școlii prin învățători special încadrați.

În sfîrșit trebuie îndepărtate din camera bolnavului orice animale de apartament (pisici, cîini, papagali etc.), care se pot îmbolnăvi de tuberculoză și deci pot să devină la rîndul lor izvoare de infecție sau să transporte pe blană sau pe pene microbii. Din aceleași motive trebuie dusă o luptă necruțătoare contra șoarecilor și muștelor. Mai ales acestea din urmă pot transporta microbii pe labe sau pe alte părți din corp.

Pentru tuberculoza plămînilor, singurul factor favorizant este praful de siliciu (mineri, muncitori în industria de șamotă, sablatori). Măsurile care se iau astăzi (foraj umed, exhaustoare, măști, rații de lapte) reduc din ce în ce mai mult importanța acestui factor. Totuși, pentru foștii bolnavi de tuberculoză este bine să evite asemenea locuri de muncă; combinația dintre silicoză și tuberculoză dă o formă de boală (silicotuberculoza) foarte rezistentă la tratament. Tot pentru acest motiv, atunci cînd printre muncitorii dintr-un mediu cu praf de siliciu se descoperă un tuberculos, toți tovarășii săi de muncă vor fi puși la chimioprofilaxie. Personalul fermelor de izolare pentru vite tuberculoase trebuie să poarte o mască alcătuită din 2—3 straturi de tifon, deoarece solul și așternutul vitelor bolnave de tuberculoză sînt mînjite de baligă și de tot felul de secreții (praful ridicat în aer poate fi respirat de îngrijitori și mulgători, în afară de faptul că vitele cu tuberculoză la plămîni tușesc și deci răspîndesc și ele picături contagioase în aer). În aceste ferme trebuie luate măsuri de izolare și dezinfecție asemănătoare cu cele care au fost descrise în legătură cu bolnavul de tuberculoză. Adăposturile în care sînt cazate animalele bolnave se supun, la fiecare 2—4 săptămîni, unei curățiri mecanice urmată de dezinfecție. Se va profita de șederea animalelor în tabere de vară, pentru a se face o dezinfecție mai riguroasă a adăposturilor, a terenurilor din jurul lor, a uneltelor de îngrijire și exploatare, ca și a mijloacelor de transport. După perierea, răzuirea sau spălarea adăposturilor se va stropi cu o substanță de fixare (de exemplu, hidroxidul de sodiu 3%). Produsul curățirii mecanice, împreună cu așternutul și bălegarul, este ars. Urmează dezinfecția propriu-zisă, prin stropirea pereților și a gardurilor care împrejmuiesc padocurile cu cloramină 5—10% sau soluție alcalină de formol și a solului întregului padoc și a adăposturilor cu var cloros. Aplicarea pe sol se va repeta după 24 de ore. Dezinfecțiile se reptă de cîteva ori înainte de repopularea adăposturilor. Bacilii tuberculoși ai păsărilor fiind mai rezistenți față de dezinfectante se recomandă ca la ultima dezinfecție să se și are pămîntul, iar, în cazul efectivelor foarte intens contaminate, chiar să se îndepărteze un strat de pămînt de 20—25 centimetri din padocuri și adăposturi. Cei ce execută operațiile de curățire mecanică și de dezinfecție trebuie să poarte echipament de protecție: cizme de cauciuc, salopetă, mănuși de cauciuc, bonetă, mască.

Trebuie știut totodată că și oamenilor bolnavi de tuberculoză legea le interzice să lucreze direct la animale (îngrijitori, mulgători), pentru a nu le transmite boala.

Deoarece cele mai multe produse alimentare lactate se prepară din lapte nefiert, legea interzice ca laptele din unitățile de izolare pentru vite tuberculoase să fie întrebuințat în acest scop. Din asemenea unități, laptele nu poate fi scos decît după ce a fiert cel puțin 20 de minute. Chiar și pe loc este interzis să se consume laptele altfel decît fiert.

Scanned with OKEN Scanner

18

Cancerul

- O boală a lumii moderne . . 348
- Diagnosticul precoce 349
- Localizările mai frecvente . . 349
- Vîrsta și sexul în cancer . . 352
- Controlul periodic al sănătății . 352
- Cancerul și „precancerul" . . 353
- Pentru deprinderi igienice corespunzătoare 355
- Tratamentul modern al cancerului 355

O boală a lumii moderne

Deși cunoscut de cînd lumea, cancerul a devenit „boala secolului XX" pentru motive pe care le vom vedea.

În fața lumii moderne se dezvăluie în cifre o nouă ordonare a importanței bolilor decît aceea cunoscută cu cîteva decenii în urmă. După datele înregistrate în lumea întreagă, din cele cinci mari cauze de deces, cancerul deține astăzi locul al doilea, fiind depășit doar de bolile aparatului circulator. Este aceasta o trăsătură a stării de sănătate a lumii contemporane, tot așa cum, cu secole în urmă, situația sanitară era caracterizată prin importanța marilor flagele ca holera sau ciuma? Evident, faptele nu suportă o asemenea comparație. Omenirea nu se mai află la discreția bolilor cu cauze neștiute și împotriva cărora nu există mijloace de apărare. Creșterea numărului de îmbolnăviri prin cancer (cam 5 milioane de oameni anual) este o rezultantă a schimbării structurii populației, a multiplicării prezenței unor factori nocivi și, de asemenea, o rezultantă a progreselor medicinei, a eforturilor ei pentru apărarea sănătății. Într-adevăr, cauzele care au pus în evidență creșterea îmbolnăvirilor prin cancer sînt: 1) scăderea mortalității generale, datorită activității medicale profilactice și terapeutice; 2) creșterea duratei medii de viață (îmbolnăvirile prin cancer sînt mai frecvente la persoanele trecute de 35—40 de ani); 3) îmbunătățirea mijloacelor medicale pentru descoperirea bolilor; 4) sporirea reală a unor localizări ale cancerului. În aceste condiții, combaterea cancerului nu este numai o problemă a medicinei, ci una a întregii activități conștiente a oamenilor, pretinzînd o activitate militantă din partea populației. Combaterea cancerului este legată de păstra-

rea conștientă a sănătății, de evitarea cauzelor de îmbolnăvire. De cele mai multe ori, cancerul nu apare „din senin", ci pe un fond tulbure, după o perioadă îndelungată de acțiune a unor factori iritativi. În cele mai frecvente localizări, o proastă igienă individuală, o atitudine nepăsătoare față de „micile" tulburări cronice sînt tot atîtea erori care favorizează apariția și evoluția bolii canceroase. Teama față de cancer este o emoție tîrzie, *căci adevărata teamă trebuie să rămînă numai aceea față de ignoranța și nepăsarea noastră.*

Diagnosticul precoce

Bolnavul care se observă pe sine însuși are puține șanse de a-și descoperi un cancer. Sînt însă unele cazuri, din păcate, în care bolnavul, cu toate că a observat tumoarea, întîrzie să se consulte cu un medic fie din neglijență, fie din pudoare, fie chiar din teama de a nu i se pune diagnosticul de cancer. Adesea, unii bolnavi declară că au aflat — „din auzite" — că tumoarea canceroasă este însoțită de dureri și că nu acesta a fost cazul lor. În realitate, durerea este un simpton tardiv și medicii știu acest lucru de un mileniu și mai bine. Nici alte semne nu sînt mai prezente și în nici un caz nu sînt totdeauna caracteristice pentru cancer. De aici rezultă importanța „vigilenței anticanceroase" despre care vorbește Institutul oncologic din București, adică surprinderea celor mai discrete semne și prezentarea de îndată la medic. O dată cu perfecționarea mijloacelor de explorare clinică au putut fi decelate și acele localizări care rămîneau ascunse chiar și ochiului medicului: laringe, plămîni, stomac, intestin, creier, tiroidă. Prin urmare, astăzi sîntem în posesia mijloacelor potrivite pentru depistarea tumorilor canceroase. Să ne gîndim că la începutul secolului nostru, numeroși canceroși nu au putut fi diagnosticați și deci nu au putut fi tratați la timp. Boala rămînea de multe ori ascunsă și moartea era un mister, pe care doar autopsia întîmplătoare putea să-l clarifice. Reiese deci limpede obligația fiecăruia de a consulta periodic un medic. Firește, acesta nu va putea efectua toate investigațiile posibile pentru fiecare organ în parte. El va fi ajutat în controlul său de datele statisticii medicale, pe de o parte, iar pe de altă parte, de către bolnavi. Statistica va arăta medicului care sînt localizările cele mai frecvente ale cancerului, orientîndu-i astfel cercetarea către organele cel mai des atinse, iar bolnavul îi va indica eventualele simptome pe care le observă de mai multă vreme sau bolile cronice de care suferă.

Localizările mai frecvente

În țara noastră, frecvența cancerului organelor genitale feminine și îndeosebi a cancerului colului uterin este apropiată de frecvența observată în majoritatea țărilor europene, deosebindu-se totuși de aceea înregistrată în țările scandinave și anglo-saxone.

Cercetările efectuate în legătură cu factorii favorizanți ai apariției cancerului gastric au subliniat rolul alimentației, tutunului și alcoolului. Se crede astfel că alimentația neechilibrată (disproporția dintre proteine, lipide și glucide) ar fi un factor de gravitate, lucru evident dacă ținem seama că în anumite regiuni de pe glob se înregistrează de pe acum o scădere a numărului de cancere gas-

Scanned with OKEN Scanner

trice, ca urmare a îmbunătăţirii hranei. Consumul bogat în grăsimi (în special de origine animală, untură, slănină), lipsa din alimentaţie a lap-

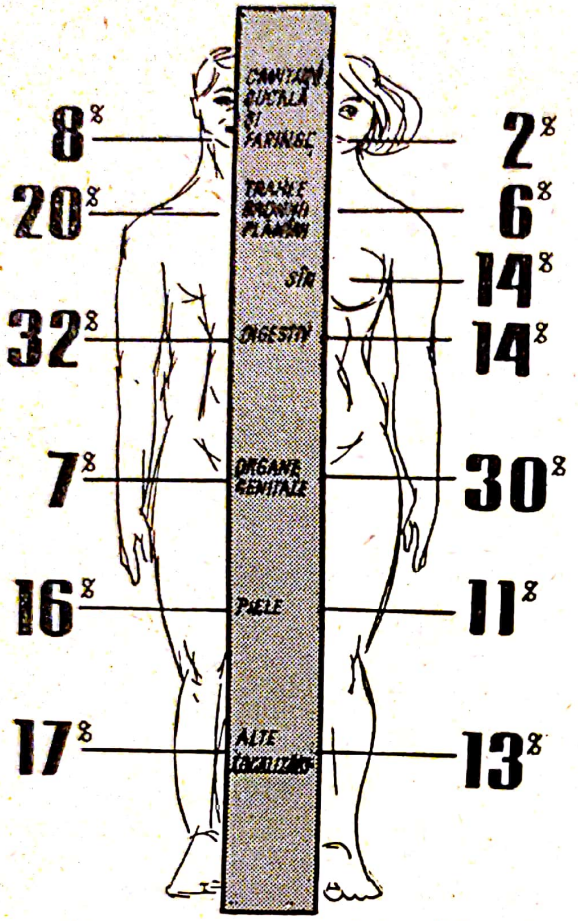


Fig. 128. — Localizările cancerului.

telui, ouălor, legumelor şi fructelor proaspete, abuzul de alcool şi de condimente au un rol nefast asupra mucoasei stomacului. După unele date, aproape 77% din bolnavii de cancer gastric au fost consumatori de carne grasă prăjită. Prin urmare, abuzul de grăsimi prăjite şi absenţa produselor lactate sînt factori alimentari care se întăresc unul pe celălalt : primul prin tulburările pe care le provoacă asupra secreţiei gastrice (şi chiar printr-o anumită acţiune cancerigenă), celălalt prin lipsa unor substanţe protectoare (cum ar fi colina), utile mucoasei stomacului. Dacă mai adăugăm alţi factori favorizanţi, cum ar fi modul iraţional de preparare a alimentelor, dentiţia proastă, mesele neregulate, tensiunea nervoasă, tabloul factorilor alimentari se completează cu aceste abateri de la igiena individuală. În plus, 92% din bolnavii de cancer gastric sînt fumători, iar 42% mari consumatori de alcool.

Cancerul sînului este mai puţin răspîndit în ţara noastră decît cel al colului uterin. În alte ţări, însă, acesta este pe primul plan, faptul fiind corelat în primul rînd cu scurtarea perioadei de alăptare la femeia modernă. Sarcina cu evoluţie normală, alimentarea naturală a copilului par a fi factori care previn apariţia proceselor patologice ale glandei mamare, care sînt favorizate, dimpotrivă, de creşterea numărului avorturilor şi al tulburărilor funcţiei de reproducere.

În cazul cancerului pulmonar, anchetele statistice au scos în evidenţă patru factori importanţi. Unul dintre aceştia este fumatul şi mai ales cantitatea de ţigări fumate într-o zi. Astfel, persoanele care au fumat cîte 40 de ţigări (sau mai mult) pe zi, timp de 25 de ani, se îmbolnăvesc de cancer pulmonar de 52 de ori mai frecvent decît cei care au fumat maximum 10 ţigări pe zi. Investigaţiile făcute în rîndurile populaţiilor care nu fumează din diferite motive (motive religioase la parşii din India), au dus la concluzia că la aceşti indivizi cancerul pulmonar este mult mai rar. S-a demonstrat existenţa unor agenţi cancerigeni în fumul de ţigară, proveniţi atît din tutun, cît şi din foiţa ţigării. Unul dintre aceşti agenţi este *benzpirenul*. În sălile de şedinţă cu mulţi fumători, benzpirenul ajunge la o concentraţie de 4—5 ori mai mare decît în atmosfera oraşelor. Prin urmare, chiar şi persoanele care nu fumează intră sub acţiunea acestui

agent cancerigen, datorită fumătorilor care se află în aceeași cameră. Pe lîngă fumat, mai sînt indicați drept factori favorizanți : inhalarea unor substanțe dăunătoare în procesul muncii și poluarea generală a aerului atmosferic cu substanțe cancerigene existente în fumul eliminat prin coșurile fabricilor și gazele de eșapament ale automobilelor.

Printre factorii favorizanți ai cancerelor pielii se numără diferențele de pigmentare a pielii și modul de protecție la lucru în aer liber. După unii cercetători, 84% din cancerele pielii au fost înregistrate la persoa-

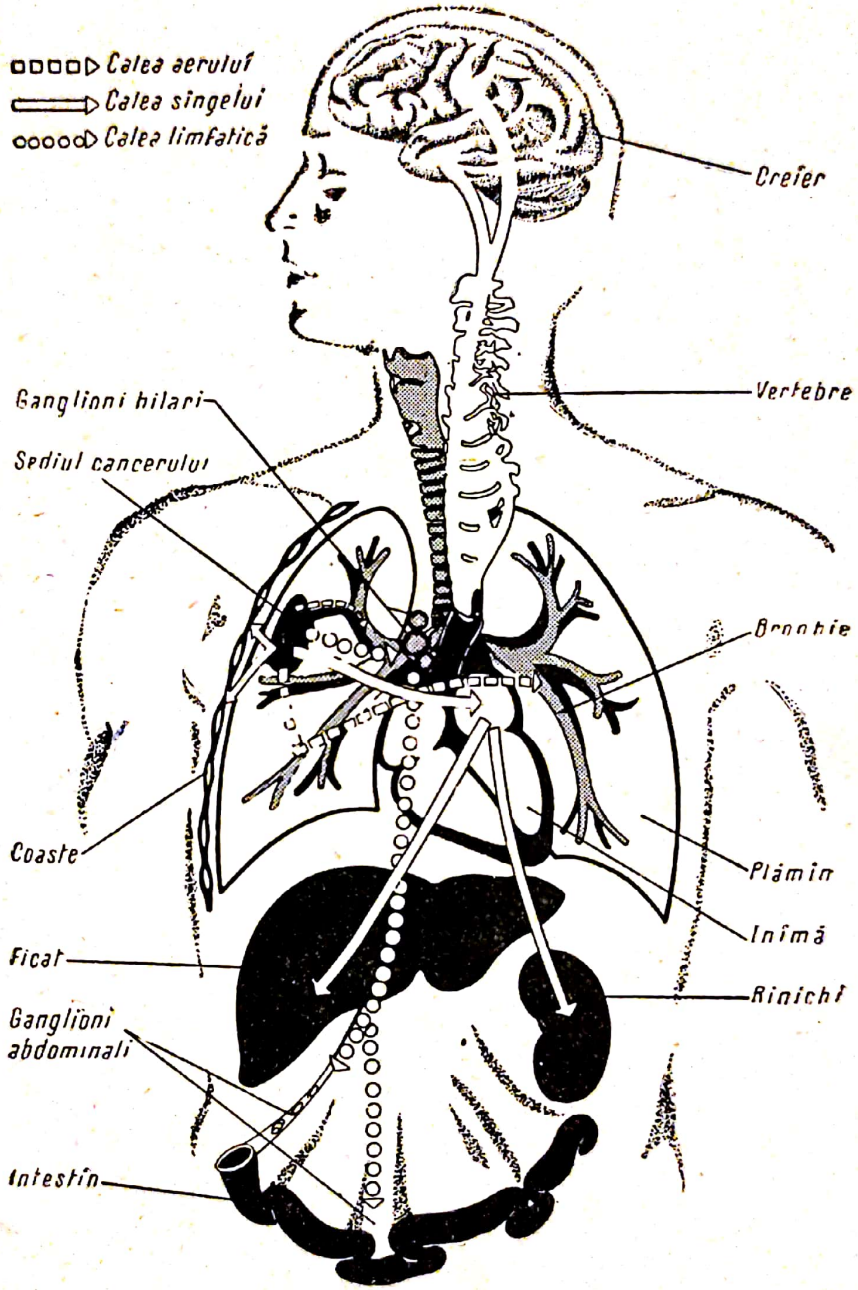


Fig. 129. — Cum se produc metastazele în cancerul pulmonar (după Vie nuove).

nele blonde, existînd probabil o relaţie între pigmentarea mai intensă a pielii şi reacţiile ei la acţiunea luminii solare (în special la radiaţiile ultraviolete). În regiunile sudice, tumorile maligne ale peilii sînt mai răspîndite decît în regiunile nordice, mai frecvente la populaţia rurală decît la cea a oraşelor, iar în mediul rural la acele persoane care nu-şi protejează la lucru pielea feţei. În unele regiuni, 95% din tumorile cutanate sînt localizate pe pielea feţei, ceva mai frecvent pe pielea nasului. Am insistat mai mult asupra acestor localizări şi cu deosebire asupra factorilor ce pot fi corelaţi cu apariţia cancerului, pentru că în acest mod cititorul poate trage singur o serie de concluzii pentru evitarea acţiunii îndelungate a acestor factori.

Vîrsta şi sexul în cancer

Din toţi bolnavii prezentaţi la Institutul oncologic din Bucureşti, în cursul unui număr mare de ani, numai 3,2% au aparţinut grupului de vîrstă între 0 şi 24 de ani, pe cînd lotul cel mai numeros a fost dat de bolnavii de la 40 de ani în sus.

Vîrsta nu constituie o cauză a cancerului, ci, cel mult, o condiţie favorizantă, în sensul că atingerea unei vîrste înaintate îngăduie o acţiune de lungă durată a agenţilor cancerigeni. În unele regiuni, unde frecvenţa cancerului esofagian este crescută, grupele de vîrstă cele mai lovite sînt cele între 50 şi 70 de ani. Este drept însă că în aceste regiuni incidenţa localizării este mare şi pentru persoanele mai tinere, ceea ce arată rolul important al deprinderilor alimentare vicioase. De asemenea, în cancerul mamar, femeile între 40 şi 69 de ani sînt cele care dau procentul cel mai ridicat de îmbolnăviri, după cum în cazul cancerului colului uterin, posibilitatea maximă de îmbolnăvire se situează la vîrsta de 40—45 de ani.

Relaţia dintre cancer şi sexul bolnavului oferă şi ea cîteva trăsături demne de reţinut. Pînă nu de mult, femeile plăteau un tribut mai mare. Dată fiind frecvenţa importantă a concerului de col uterin în ţara noastră, între anii 1951 şi 1958, o proporţie de 62% dintre bolnavii Institutului oncologic din Bucureşti erau femei. În schimb, la bărbaţi se observă o netă superioritate a procentului de îmbonăviri în cancerul stomacului, plămînului, buzei şi limbii. Decesele la femei sînt mai ridicate între 25 şi 44 de ani, pentru ca după 54 de ani, decesele prin cancer la sexul masculin să preia întîetatea. În ultima vreme, situaţia defavorabilă a femeilor în morbiditatea şi mortalitatea prin cancer a început să se amelioreze.

Controlul periodic al sănătăţii

Cele prezentate pînă acum arată cum nu se poate mai limpede nu atît necesitatea, cît mai ales *obligativitatea* persoanelor de la 35 de ani în sus de a se folosi de un control medical periodic. Deosebirile de localizări în funcţie de sex indică organele ce trebuie controlate în primul rînd.

Reuşita acestui control depinde în mare măsură de modul în care bolnavul colaborează cu medicul. Un examen satisfăcător asupra organelor

Scanned with OKEN Scanner

frecvent atinse de cancer nu exclude posibilitatea unei alte localizări. S-a spus aici că investigaţia completă nu este totdeauna posibilă. Rolul bolnavului este tocmai acela de a indica medicului eventualele tulburări minime pe care le observă de un timp oarecare sau bolile cronice de care suferă. Este vorba în primul rînd de leziuni vizibile („umflături", ulceraţii), de leziuni devenite vizibile prin sîngerări repetate sau de simptome mici, cărora bolnavul nu le dă totdeauna cuvenita importanţă. Dacă am înşira în ordine aceste simptome am putea indica 10 grupe importante, care trebuie să reţină atenţia :

1. Tumori („umflături") în orice parte a trupului.

2. Răni, ulceraţii, eroziuni, care nu se vindecă, tratate cu întreruperi şi fără succes.

3. Negi, aluniţe, „semne din naştere", pete sau cicatrice (mai ales cele după arsuri), în special cînd acestea îşi schimbă culoarea, se măresc, se umflă, sîngerează uşor, dacă dau mîncărimi sau chiar devin dureroase.

4. Pete albicioase vechi, îngroşate sau ulcerate, sîngerînde, localizate pe limbă, buze sau gingii.

5. Sîngerări repetate din nas sau din gură, vărsături cu sînge, scaune cu sînge, urinare cu sînge. În cazul femeilor, ca semne alarmante trebuie considerate scurgerile roşietice care pătează rufăria, sîngerările sau pierderile de sînge în afara menstruaţiilor (sau aşa-zisa menstruaţie la o femeie aflată în menopauză).

6. Greutate la înghiţit, digestie grea şi dureroasă, constipaţie prelungită, indigestii repetate şi de lungă durată, scaune de culoare neagră, lipsa poftei de mîncare.

7. Răguşeală sau tuse uscată, de lungă durată, asupra căreia medicamentele nu au efect.

8. Dureri de cap, însoţite de vărsături (fără greaţă, care apar dimineaţa pe nemîncate), de slăbirea vederii şi auzului, dacă aceste dureri sînt vechi şi nu dispar după tratamentele obişnuite.

9. Oboseală şi slăbiciune fără pricini cunoscute, scăderea puterii de muncă, pierdere în greutate, toate apărute brusc şi fără motiv aparent.

10. Culoarea galbenă-deschisă a feţei, anemie.

Trebuie să subliniem însă că aceste semne nu apar numai în cazul bolii canceroase şi nu traduc cu certitudine existenţa unei tumori maligne. Ele se pot întîlni în numeroase alte boli. Apariţia lor poate fi prilejul unor temeri nejustificate, dar este mai cuminte să luăm măsuri împotriva răului, chiar dacă el nu se cheamă cancer.

Cancerul şi „precancerul"

În evoluţia bolii canceroase se disting mai multe faze. În prima fază, boala canceroasă nu este însoţită de formarea tumorii ; toate tulburările au loc în interiorul celulelor. Ea este de lungă durată, de ordinul anilor (1—30 de ani) şi este reversibilă către normal. În faza următoare apare celula canceroasă într-una sau în mai multe zone ale ţesutului de origine. Caracterul de malignitate este acum fixat. Grupele de celule canceroase pot fi fixe sau libere, acestea din urmă emigrînd în alte zone şi în alte ţesuturi.

Scanned with OKEN Scanner

Faza a treia este faza de constituire a ţesutului malign, din care va apărea tumoarea canceroasă. Tumoarea malignă primitivă (situată în interiorul organului de provenienţă) conţine şi celule cu caracter normal. Pe lîngă această evoluţie pe locul fix, tumoarea eliberează celule maligne migratoare care se răspîndesc în diferite ţesuturi adaptîndu-se condiţiilor locale. Dacă ţesutul de origine este răspîndit în diferite locuri în organism, atunci şi ţesutul tumoral poate fi iniţial răspîndit, aşa cum se observă în cazul tumorilor zise „de sistem" şi al leucemiilor. Din faza a treia începe faza clinică a bolii canceroase, în funcţie de care se pune diagnosticul de precizie al cancerului şi începe acţiunea terapeutică specifică.

În 1886, savantul român Victor Babeş a propus denumirea de „leziune precanceroasă" şi „stare precanceroasă" pentru acele leziuni cronice care au posibilitatea de a se transforma în cancer. O parte din oncologi denumesc precancer faza acelulară a bolii canceroase, iar alţii faza celulară. Clinicienii înţeleg însă prin „precancer" acele leziuni cronice care au o probabilitate oarecare de a se transforma în leziuni canceroase propriu-zise. Din lista iniţială a „precancerelor", unele leziuni s-au dovedit a fi de-a dreptul canceroase, iar altele ca avînd o mică probabilitate de malignizare. De aceea, unii autori preferă termenul de „concomitente" pentru acele leziuni cronice şi benigne pe fondul cărora o tumoare malignă oferă simptome mai precoce şi mai evidente.

Este uneori greu de apreciat prin examen medical tendinţa la cancerizare, deoarece malignizarea depinde nu numai de starea actuală a leziunii sau a organismului, ci şi de factorii de mediu trecuţi, actuali şi viitori.

Astfel, în cazul cancerului de col uterin sînt menţionate unele leziuni distrofice şi procese inflamatoare care coexistă (în mod relativ frecvent) cu leziunile canceroase. Acestea sînt cicatricele ulcerate apărute pe rupturile colului, petele albe (leucoplazice) pe col şi metritele cronice. Pentru a concretiza valoarea cambaterii acestor leziuni trebuie să amintim rezultatele obţinute prin examenele de masă În locurile unde asemenea leziuni au fost depistate şi tratate, frecvenţa cancerului colului uterin a scăzut considerabil.

În cazul cancerului gastric este vorba de anumite gastrite cronice, de ulcer şi de polipii gastrici. Trebuie subliniat că nu orice ulcer gastric „dă" în cancer, ci numai o parte din ulcerele care durează de cîţiva ani au dimensiuni mari şi prezintă scăderea acidităţii sucului gastric, în special la bolnavii care depăşesc vîrsta de 40 de ani.

Concomitente cu cancerul mamar pot fi următoarele leziuni : secreţii anormale (mamela secretantă), chisturi (mastoza chistică) şi tumori benigne, ca fibroadenomul mamar.

În cazul cancerului pulmonar, leziuni concomitente sînt bronşitele cronice (tabagice sau degenerative), dilataţiile bronhiilor, fibrozele şi cicatricele prin inflamaţii, infecţii, tuberculoză, traumatisme.

În cazul cancerului pielii este vorba de două feluri de leziuni — unele hipertrofice proliferative (sub numele de „keratoze"), iar altele ulcerative (cicatrice după iradieri, arsuri, fistule etc.).

Aceste leziuni sînt de 10 ori mai frecvente decît cancerul. Asupra lor se exercită influenţa factorilor nespecifici ai mediului şi tot asupra lor trebuie să se exercite cît mai rapid şi mai eficace acţiunea unui tratament corespunzător.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru deprinderi igienice corespunzătoare

Prezentarea acestui şir de date a avut drept scop să stimuleze capacitatea conştientă de apărare a fiecărui om. Este necesară în primul rînd însuşirea unor deprinderi igienice, corespunzătoare obiectivelor profilaxiei lărgite a cancerului. Primul obiectiv urmăreşte cunoaşterea şi înlăturarea influenţei factorilor specifici şi nespecifici din mediul fizic, social şi profesional. În acest scop, fiecare persoană trebuie să fie conştientă de importanţa principiilor elementare ale apărării sănătăţii şi, în primul rînd, a acelora privind :

a) alimentaţia raţională, echilibrată, evitarea tuturor factorilor care pot contribui la ivirea tulburărilor digestive (abuz de grăsimi prăjite, abuz de condimente picante, de băuturi alcoolice, de băuturi şi alimente prea fierbinţi) ;

b) întreţinerea cavităţii bucale şi îngrijirea sistematică a dinţilor, tratarea cariilor, a inflamaţiilor gingiilor şi a mucoasei bucale ;

c) lupta împoriva fumatului care provoacă boli cronice ale multor organe ;

d) evitarea agenţilor cancerigeni fizici şi chimici, prin respectarea normelor de igienă a muncii ;

e) igiena sexuală, a sarcinii, naşterii şi alăptării, cu evitarea avorturilor multiple ;

f) folosirea raţională a soarelui, apei şi aerului, fără excesele expunerilor îndelungate ;

g) lupta împotriva uzării, îmbătrînirii premature, în scopul menţinerii capacităţii de muncă.

Al doilea obiectiv este acela de a sprijini depistarea timpurie şi de a contribui la un tratament raţional şi precoce al leziunilor aşa-zise precanceroase, combătînd autotratarea, folosirea greşită a medicamentelor. Cu riscul de a ne repeta vom adăuga aici cuvintele marelui nostru savant, Victor Babeş, care spunea : „cancerul nu începe ca un cancer, ci ca o iritaţie cronică banală care de multe ori s-ar putea evita". El a fost acela care a atras atenţia asupra pericolului la care se expun acei care neglijează timp de zeci de ani diferite iritaţii profesionale sau inflamaţii cronice".

Al treilea obiectiv al profilaxiei lărgite are în vedere influenţarea într-un sens pozitiv a bolnavului, purtător al unei tumori maligne, care trebuie să urmeze tratamentul indicat, să respecte sfaturile medicului, să se prezinte la controalele periodice. Acest lucru mai înseamnă îndreptare către asistenţa medicală calificată şi încrederea în tratamentele verificate.

Tratamentul modern al cancerului

Tratamentul cancerului beneficiază de trei metode mari, care pot fi folosite separat sau asociate între ele : chirurgia, radioterapia şi chimioterapia. Ca să putem înţelege mai bine eforturile, succesele şi limitele tratamentului anticanceros trebuie să continuăm aici descrierea evoluţiei bolii în faza ei clinică. Oriunde ar fi situată, dacă este netratată, tumoarea se dezvoltă. Mersul extensiv al tumorii constituite nu mai este de lungă durată (ca în faza acelulară sau celulară) şi evoluţia se măsoară acum în

Scanned with OKEN Scanner

luni, de unde și necesitatea imperioasă a începerii de urgență a tratamentului. După unele calcule, șansele de vindecare a unui cancer, de la apariția primelor simptome, scad cu 3,3% în fiecare săptămînă. Prin extindere, tumoarea depășește stadiul localizat, invadînd țesuturile înconjurătoare pe calea vaselor limfatice, invadînd și ganglionii limfatici. Adenopatia regională este un simptom de agravare, ca și mărirea dimensiunilor tumorii și extinderea dincolo de organul de origine. Dar tumoarea eliberează și celule canceroase migratoare, care se pot dezvolta în alte organe, la distanță de tumoarea primitivă, formînd astfel metastazele, ceea ce constituie un al treilea simptom de agravare a bolii.

Clinicienii au împărțit în 5 stadii evoluția bolii canceroase din faza clinică, stadii care reprezintă un ghid pentru aprecierea gravității, pentru indicația mijloacelor posibile de tratament și pentru estimarea eficacității acestora :

— stadiul clinic 0 (zero) este reprezentat de existența țesutului malign microscopic și poate fi depistat cu prilejul controalelor periodice pentru leziuni precanceroase ;

— stadiul clinic I, în care tumoarea este limitată la organul de origine și are dimensiunile între 3 mm și 3 cm ;

— stadiul clinic al II-lea, reprezentat fie de tumori de dimesiuni mai mari decît 3 cm, fie de tumori care depășesc organul de origine și sînt însoțite de adenopatie canceroasă („prinderea" ganglionilor limfatici din regiunea respectivă) ;

— stadiul clinic al III-lea, în care tumoarea este masivă, poate invada întreaga regiune și există adesea metastaza în ganglionii limfatici situați la distanță ;

— stadiul clinic al IV-lea, ultimul, este un stadiu de generalizare.

Cele mai bune rezultate terapeutice se obțin, firește, în stadiile timpurii, adică în stadiile clinice 0 și I, eficacitatea tratamentului scăzînd rapid o dată cu trecerea în stadii mai avansate. După statistica Institutului oncologic din București, în cancerul colului uterin, tratamentul în stadiul 0 duce la vindecări definitive în aproape 100% din cazuri, iar în stadiul I la 89,3% vindecări de peste 5 ani. În stadiul al II-lea se pot obține numai 74,6% supraviețuiri de peste 5 ani, procentul acesta scăzînd o dată cu instalarea stadiilor avansate. Din păcate, numărul femeilor care se prezintă la tratament în stadiile clinice al III-lea și al IV-lea este încă mare.

Mijlocul principal pentru împiedicarea progresiunii tumorii este extirparea ei chirurgicală. Această înlăturare nu are în vedere în mod strict numai tumoarea, ci trebuie să se extindă pînă în zonele aparent normale. Este vorba de intervenții radicale, prin care se extirpă, o dată cu tumoarea, țesuturile înconjurătoare și ganglionii limfatici regionali. Ideea acestei chirurgii sistematice aparține chirurgului român Toma Ionescu (1902). Astfel, chirurgia are un caracter curativ local, dar și unul profilactic, putînd preveni adesea apariția metastazelor sau a recidivelor. O dată cu progresele tehnice ale chirurgiei (metode noi de anestezie, de combaterea șocului și infecțiilor) s-au putut face operații din ce în ce mai dificile, despre care nici nu putea fi vorba altă dată. Caracterul de „inoperabil" este legat acum nu atît de extensiunea masivă a tumorii (deși există și aici limite), cît și de alte raționamente legate de starea bolnavului, de oportunitatea intervenției față

Scanned with OKEN Scanner

de un rezultat minim sau chiar agravant. Alteori, chirurgia intervine în stadiile avansate, inoperabile, pentru a preveni sau suprima complicațiile, făcînd intervențiile de curățire (tumori ulcerate, infectate, rău mirositoare, sîngerînde, dureroase), extirpînd organe de a căror funcționare depinde evoluția bolii canceroase (extirparea ovarelor în cancerul de sîn cu metastaze osoase sau pulmonare). Din cele spuse mai sus ne dăm seama că prin metoda chirurgicală, noi nu intervenim decît asupra unei părți din masa celulelor tumorale. Pentru a mări puterea tratamentului trebuie să apelăm la radioterapie și la chimioterapie.

Metodele de iradiere folosite în radioterapie s-au îmbunătățit din punct de vedere tehnic, creîndu-se posibilități noi de administrare a unor doze mai mari, prin utilizarea unor surse de iradiere de mare tensiune. De asemenea, folosirea izotopilor radioactivi a lărgit numărul posibilităților, oferind adesea avantaje efective. Prin iradiere, în general, se urmărește împiedicarea vieții celulelor canceroase, atît a acelora din zona tumorii primitive cît și a celulelor din tumorile secundare la distanță (metastazele). De aceea, în multe cazuri, actul chirurgical este precedat și urmat de iradiere, constituind metoda asociată radio-chirurgicală. Prin această asociere, rezultatele favorabile sînt mult crescute, chiar în stadii mai avansate. Un singur exemplu semnificativ : în cancerul colului uterin în stadiul al III-lea, supraviețuirile de peste 5 ani au fost de 3,5%, în cazurile unde s-a folosit numai iradierea cu raze Röntgen, de zece ori mai mari atunci cînd s-a asociat iradierea cu radiu și s-au ridicat la 62,5% atunci cînd s-a putut recurge la asocierea chirurgiei, cazurile devenind operabile după tratamentul radiologic intensiv. În cazul radioterapiei — ca și în cazul chimioterapiei — ne vom izbi însă de o proprietate a celulei canceroase de a fi diferit sensibilă la acțiunea agenților fizici și chimici. Unele tumori maligne sînt foarte sensibile la iradiere, altele sînt moderat sensibile (cancer de col uterin, de sîn, tiroidă, faringe, bronhii etc.), iar altele sînt de-a dreptul rezistente (cancer de stomac). Această sensibilitate sau rezistență este însă relativă și se caută a fi înfrîntă prin mijloace suplimentare de tratament. Rezistența unor tumori este încă un motiv pentru asocierea mai multor metode, căci în cancerul gastric, unde procentul de supraviețuire de peste 5 ani este numai de 16% prin radioterapie, asocierea radiochirurgicală l-a mărit la 22%.

Ca și iradierea cu raze Röntgen, radioizotopii pot fi utilizați în aplicații locale sau generale, cei mai folosiți fiind, pe lîngă radiu, fosforul ^{32}, aurul ^{198} și cobaltul ^{60}. Cititorul poate să-și pună o întrebare îndreptățită : cum se poate folosi iradierea în tratamentul cancerului, știind că ea este un agent cancerigen bine cunoscut ? Diferența între acțiunea antitumorală, tumoricidă a radiațiilor ionizante și acțiunea lor cancerigenă este o diferență de doză. Medicul terapeut știe foarte bine dozele pe care le poate întrebuința cu efect binefăcător, fiind limitat deopotrivă în tratament de reacțiile țesuturilor sănătoase la acțiunea agenților fizici.

Cea mai nouă metodă folosită în cancer este chimioterapia. Începînd cu unii hormoni, numeroase alte preparate chimice au fost puse la dispoziția clinicienilor pentru tratamentul bolii canceroase. Există mijloace de aplicare locală a substanțelor medi-

Scanned with OKEN Scanner

camentoase, prin care s-a putut dovedi eficiența lor, în anumite condiții, față de celelalte două metode clasice. Această eficiență crește mai ales în cazul tumorilor mici răspîndite, de aceea se poate socoti că ea este o cale de completare, de lărgire a acțiunii generale de combatere a formațiunilor canceroase.

Pentru bolnav este important să aibă încredere în aceste tratamente și să respecte cu strictețe indicațiile de comportament, colaborînd cu medicul și acționînd pentru menținerea tuturor mecanismelor de apărare a organismului împotriva bolii. Rezultatele luptei lărgite, cu toate mijloacele, împotriva cancerului nu îndreptățesc pesimismul nemăsurat pe care-l manifestă unii, dar nu îngăduie, totodată, optimismul nesincer care duce la nepăsare și ignoranță.

Scanned with OKEN Scanner

19

Alcoolul și tutunul

- Alcoolul : păreri laice și opinii medicale 360
- Alcoolul : elemente de patologie 365
- Alcoolul : Cîteva criterii de orientare 366
- Tabagismul – boală despre care se vorbește 368
- Cîteva sugestii pentru cei care doresc să se lase de fumat 370
- ... și pentru cei care nu reușesc să se lase de fumat 372

Alcoolul și tutunul au pătruns adînc în viața omului contemporan. Consumatorii de alcool și tutun, la scara întregului glob, se numără cu sutele de milioane. Implicațiile pentru sănătate ale alcoolului și tutunului sînt în linii generale cunoscute, dar nu totdeauna această cunoaștere are și suficientă forță spre a determina un comportament rațional. Prin influența deloc neglijabilă pe care o exercită asupra stării de sănătate a omenirii, alcoolul și tutunul ridică o problemă de amplă rezonanță, asupra căreia se concentrează forțele unui mare număr de savanți din toate țările lumii. Într-un mod desigur mult mai circumscris, aceeași problemă — a atitudinii față de alcool și tutun — se ridică și în fața fiecărui om, luat în parte. Fapt este că sîntem cu toții necontenit supuși tentației din partea produselor alcoolice și de tutun, care ni se oferă din toate părțile sub o întinsă gamă de varietăți, una mai atrăgătoare ca alta. Soluția ? Prohibiția s-a văzut cît valorează, din experiența țărilor în care a fost încercată. A proclama abstinența totală ar însemna de asemenea a veni cu o soluție falsă, incapabilă de a rezista la realitățile vieții. De fapt, abstinența nici nu corespunde unei veritabile necesități decît în anumite cazuri de boală, cînd interdicția statuată de medic devine categorică și nu poate fi încălcată decît cu prețul unor grave riscuri. Și atunci ?

Răspunsul care pare cel mai valabil este că problema, pe plan individual, are tot atîtea soluții... cîți oameni există pe lume. Fiecare om are modul lui de viață, posedă particularitățile proprii numai organismului său și care îl deosebesc de toți ceilalți oameni. Aceasta înseamnă că fiecărui om îi revine să-și rezolve (dar nu să o lase nerezolvată sau să o ignoreze) problema atitudinii față de alcool și

tutun, potrivit cu aceste particularităţi şi în primul rînd cu capacitatea de rezistenţă a organismului său. Aşadar, în locul soluţiilor „standard" să ne mulţumim cu cîteva criterii de orientare.

Alcoolul: păreri laice şi opinii medicale

Străvechea folosire a băuturilor alcoolice explică formarea şi perpetuarea prin tradiţie a unor păreri nu totdeauna conforme cu adevărul verificat ştiinţific, chiar dacă uneori întrunesc un număr ceva mai ridicat de adepţi. Să încercăm a face puţină lumină în acest domeniu.

1. Este alcoolul un aliment?

La această întrebare vom da din capul locului un răspuns negativ şi totodată ne vom pregăti să înfruntăm o obiecţie aparent foarte puternică :

— bine, dar este perfect demonstrat că alcoolul arde în organism, furnizînd o energie echivalentă cu aproximativ 7 calorii pentru fiecare gram ! Prin urmare, dacă am băut un litru de vin de 10°, din cele 100 de grame de alcool obţinem 700 de calorii, adică tot atîtea cît dintr-un litru de lapte, 8 ouă sau 300—400 grame de carne.

Eroarea este flagrantă. Laptele, ouăle, carnea şi alimentele în general aduc organismului un complex de substanţe nutritive — proteine, lipide, glucide, săruri minerale, vitamine, — care dau energie, servesc ca material de construcţie pentru celule şi ţesuturi, asigură desfăşurarea armonioasă a schimburilor de substanţe necesare funcţiilor vitale. Alcoolul nu aduce nimic din toate acestea. Este adevărat că după absorbţia lui, care se petrece destul de repede, în special la nivelul intestinului subţire, alcoolul este în cea mai mare parte ars şi numai 3% din cantitatea ingerată se elimină prin rinichi şi plămîni.

Dar această combustie are loc în condiţii nefavorabile. Arderea alcoolului pretinde un surplus de vitamină B_1 şi de alte substanţe nobile, provocînd carenţarea organismului. Orice eventual aport energetic este anihilat de acţiunea nocivă exercitată de alcool, înainte de a fi ars, asupra sistemului nervos, ca şi asupra totalităţii celorlalte organe şi aparate. Apare deci justificată comparaţia făcută de unii autori potrivit căreia alcoolul este într-adevăr un cărbune, dar un cărbune prost, care pentru a arde are nevoie să ardă toată casa împreună cu el.

2. „Şi totuşi, alcoolul este un stimulent, el înviorează, dă putere de muncă"

Fals. Pentru a fi definit exact, *alcoolul este prin excelenţă un toxic al sistemului nervos*, iar acţiunea lui este deprimantă, paralizantă, narcotică. În doze mari, alcoolul aduce cu el starea de comă şi moartea. Dacă vom privi un băutor cum zace sub masă, lipsit de cunoştinţă, vom avea în faţa ochilor valoarea reală a alcoolului ca stimulent şi reconfortant.

Iată însă că şi aici se iveşte o obiecţie : omul despre care vorbiţi zace sub masă pentru că a întrecut măsura. Doar toată lumea ştie că un păhărel dă putere şi curaj, ascute agerimea minţii şi dezleagă limba, pentru că acţionează ca un excitant al sistemului nervos.

Este drept că pînă nu de mult se atribuia alcoolului o acţiune excitantă asupra sistemului nervos. Pentru a înţelege însă substratul real al stării

Scanned with OKEN Scanner

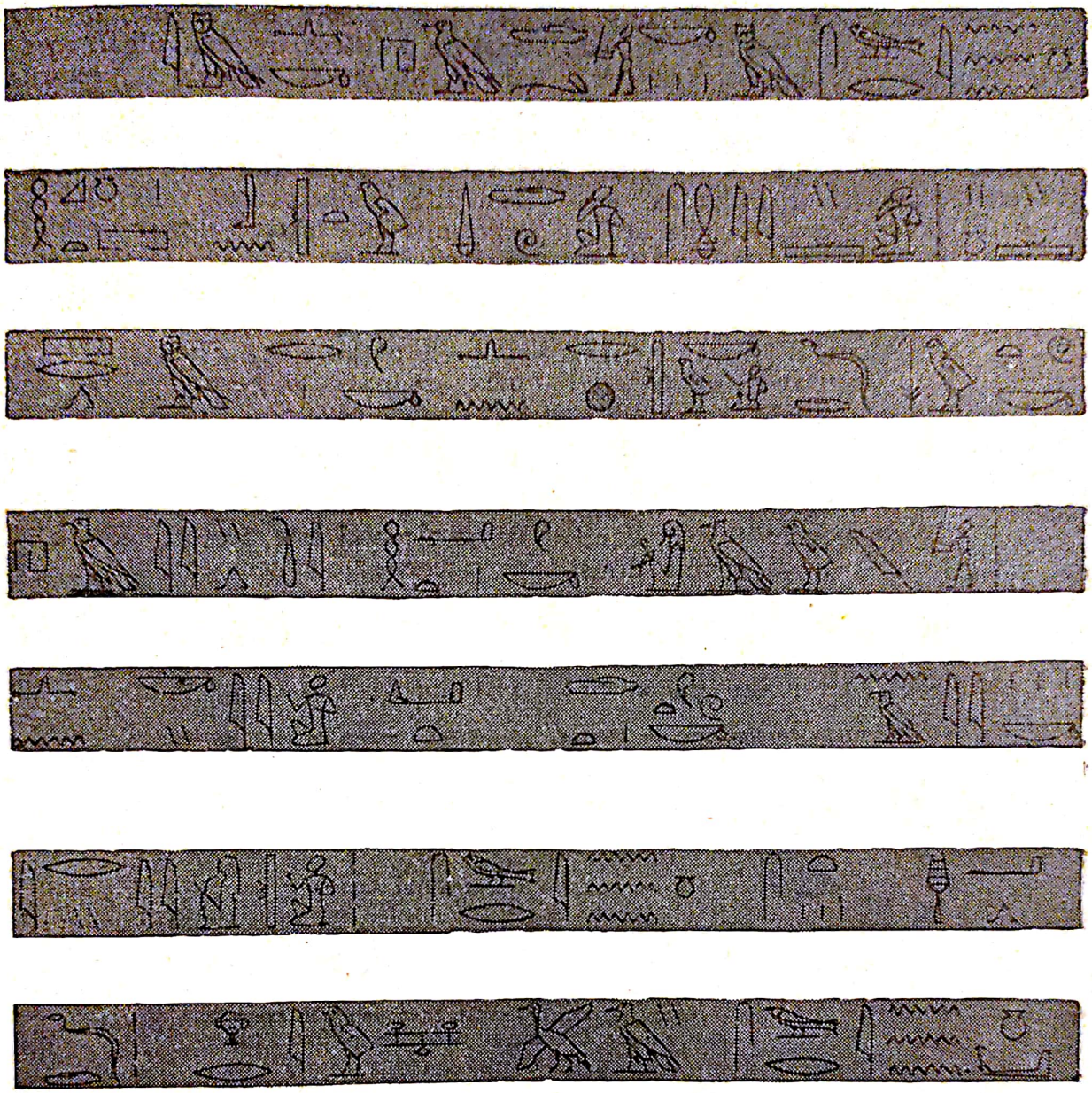


Fig. 130. — În legătură cu istoricul alcoolismului, reproducem după Santé du Monde, revista O.M.S., un document interesant din care reiese că în Egiptul antic se consuma mai multă bere decît vin. O lucrare datînd aproximativ din anul 1500 î.e.n., intitulată „Perceptele lui Ani", dădea un avertisment asupra pericolelor pe care le prezintă abuzurile cele mai discrete.

(rîndul I) Nu-ţi risipi banii bînd în
(rîndul II) berărie. Nu vor fi chiar cuvintele mesajului tău repetate
(rîndul III) căzînd de pe buzele tale fără ca să-ţi dai seama că le-ai pronunţat tu însuţi ?
(rîndul IV) Căzînd membrele tale se vor sfărîma şi
(rîndul V) nimeni nu-ţi va întinde o mînă de ajutor.
(rîndul VI) Astfel tovarăşii tăi de berărie se vor dezmetici
(rîndul VII) şi vor spune „Afară cu acest beţiv" !

Scanned with OKEN Scanner

de excitaţie pe care o constatăm la alţii sau o resimţim noi înşine ca un prim efect al alcoolului, să ne adresăm pe scurt fiziologiei activităţii nervoase superioare. La nivelul scoarţei cerebrale au loc în permanenţă două procese : excitaţia şi inhibiţia. Ambele sînt procese *active* şi de echilibrul dintre ele depinde echilibrul întregului organism, în raport cu starea în care se găseşte (somn, veghe, efort etc.). Alcoolul nu intensifică procesele de excitaţie, ci frînează procesele de inhibiţie, alterînd echilibrul normal, fiziologic, dintre ele şi făcînd *în acest mod* să predomine excitaţia. Dar slăbirea inhibiţiei înseamnă slăbirea controlului, mai întîi în sfera neuro-psihică, prima atinsă de efectele alcoolului. Este adevărat că alcoolul dezleagă limbile, însă nu le dezleagă totdeauna în chipul cel mai avantajos. Omul este mai vorbăreţ, dar deseori, din păcate, uită să mai fie politicos, devine vulgar, agresiv şi începe să dezvăluie gîndurile sale cele mai ascunse : *in vino veritas*. De la zona superioară a psihicului, influenţa alcoolului trece repede la funcţiile psihomotorii. Rezultatul : pierderea îndemînării, a preciziei mişcărilor şi, ceea ce este caracteristic, lungirea „timpului de reacţie" (prin timp de reacţie înţelegîndu-se intervalul după care organismul este capabil să execute gestul de răspuns corespunzător unei excitaţii venite din afară), aşa cum reiese şi din tabelul de mai jos.

Această din urmă alterare explică de ce alcoolul este deseori de vină în producerea unor accidente de muncă sau accidente de circulaţie. De exemplu, presatorul care în drum spre fabrică s-a oprit la un bufet pentru a se aproviziona cu un supliment de

Efectele consumului de băuturi alcoolice în raport cu alcoolemia

ALCOOLEMIA	EFECTE
0,15 g‰	*Uşoară atingere a controlului funcţiilor motorii*
0,5—0,6 g‰	*Modificări psihice evidente, exuberanţă, slăbirea autocontrolului, uneori acţiuni violente. Lungirea timpului de reacţie „la alegere" (de exemplu, la volan, în situaţia : ce fac, ocolesc sau frînez?)*
1 g‰	*Lungirea timpului de reacţie simplă (de exemplu, acţionarea cu întîrziere asupra frînei autovehiculului la ivirea neaşteptată a unei situaţii de pericol)*
1,5—2 g‰	*Beţie manifestă*
Peste 2,5—3 g‰	*Comă*
Peste 4—5 g‰	*Moarte*

putere de muncă va retrage mîna, într-o situaţie de pericol, cu o fracţiune de secundă mai tîrziu, suficientă pentru ca presa să-i zdrobească degetele. Prin acelaşi mecanism se prevăzute, de pericol, „cel interesat face gestul obişnuit, automat, dar care *nu se mai potriveşte*" (V. Raymond). Pentru a evita accidentul, el ar fi trebuit să facă nu o mişcare auto-

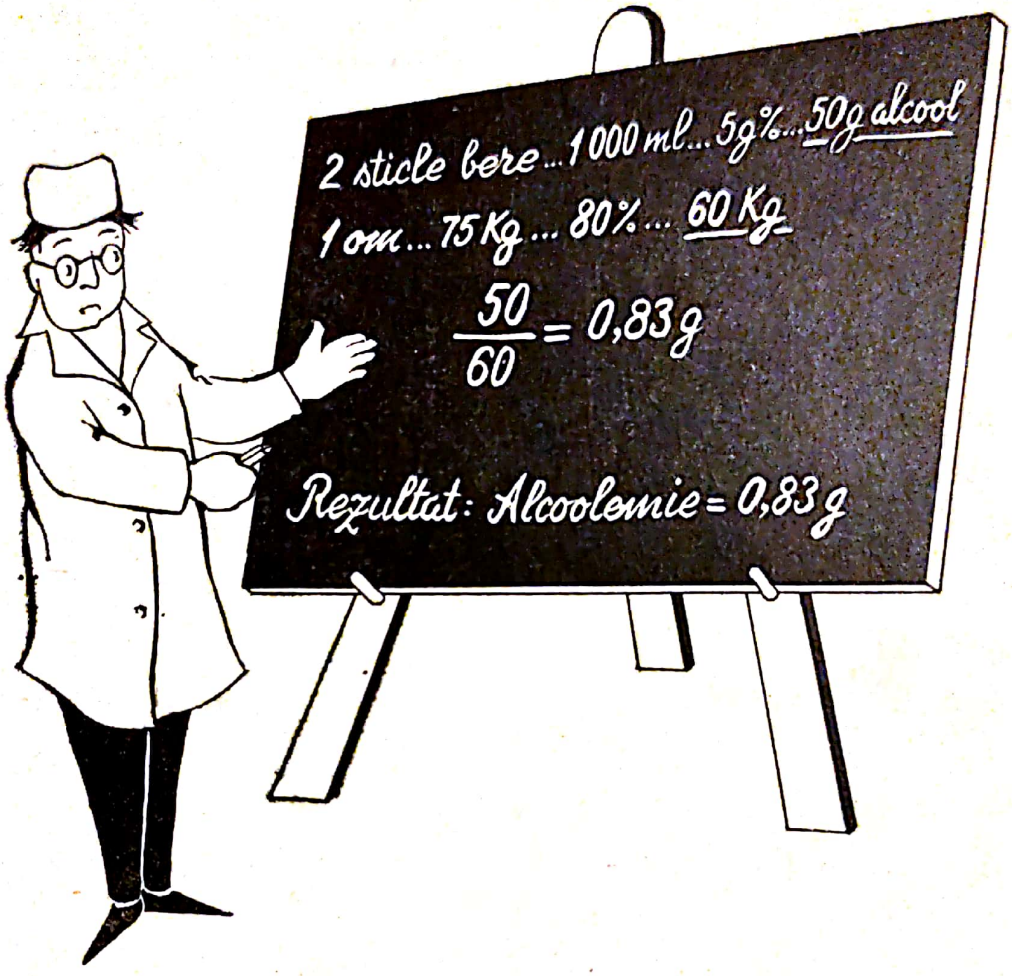


Fig. 131. — Printr-un calcul simplu se poate evalua cu aproximaţie alcoolemia maximă în raport cu natura şi cantitatea băuturii ingerate: se împarte cantitatea de alcool pur la cifra reprezentînd 80% din greutatea corporală. Se vede pe exemplul dat că 2 sticle cu bere pot da unui om de 75 kg o alcoolemie suficientă spre a cauza un accident de circulaţie.

explică de ce un şofer aflat la volanul maşinii în plină viteză va frîna mai puţin prompt, dacă a consumat alcool, şi întîrzierea sa va putea dovedi suficientă pentru a genera accidentul. În producerea accidentelor datorite alcoolului mai intervine şi faptul că pus în faţa unei situaţii nemată, ci una nouă, specială, de apărare, elaborată pe moment de scoarţa cerebrală. Însă, scoarţa creierului, căzînd prima sub acţiunea toxică a alcoolului, nu mai este capabilă să reacţioneze cu potenţialul ei normal.

De notat că toate cele descrise pînă aici sînt urmarea unui consum relativ

moderat, „cuminte", care nu a apucat să ducă la tulburările caracteristice stării de ebrietate propriu-zisă.

Se înțelege, așadar, că exigența organelor de miliție împotriva consumului de alcool la conducătorii auto este pe deplin motivată din punct de vedere fiziologic. La fel de justificată este severitatea antrenorilor față de înclinația la băutură a unora dintre componenții formațiilor sportive pe care le conduce. Cît despre părerea privind valoarea alcoolului ca stimulent al capacității de muncă, ea poate fi clasată în toată liniștea acolo unde îi este locul, adică în rîndul prejudecăților.

3. „Alcoolul încălzește"

Nu este exact spus. Alcoolul procură numai o senzație trecătoare de încălzire, prin aceea că exercită o acțiune de dilatare a vaselor de sînge periferice și provoacă astfel un aflux sporit de sînge cald în piele, unde se găsesc și terminațiile nervoase care dau senzațiile de cald și de rece. În consecință, părerea potrivit căreia coniacul, romul sau țuica ar ajuta să se reziste mai bine la frig este lipsită de temei. Ba chiar, dimpotrivă, numeroase fapte de observație arată că între mai mulți oameni deopotrivă expuși acțiunii viscolului și gerului au rezistat mai bine cei care nu au consumat alcool și au fost cuprinși primii de îngheț cei care au băut. Fenomenul este absolut firesc, intensificarea circulației periferice făcînd să sporească pierderile din căldura corpului la nivelul pielii.

4. „Alcoolul mărește pofta de mîncare"

Aici găsim, ce-i drept, o doză de adevăr, dar fenomenul cere să fie examinat mai deaproape. Alcoolul acționează ca stimulent al apetitului prin faptul că declanșează o secreție sporită de suc gastric. Numai că sînt de făcut și două observații: prima, că sucul gastric secretat în exces nu mai are compoziția lui normală, ci este mult mai sărac în fermenți digestivi; a doua, că secreția suplimentară de suc gastric reprezintă un răspuns la iritația produsă de alcool asupra mucoasei stomacului, o reacție de apărare, tinzînd la diluarea alcoolului, care se comportă și în acest caz ca o substanță străină, nedorită de organism. Dacă băutura alcoolică ingerată ca deschizător al poftei de mîncare este urmată *imediat* de statul la masă, consecințele nu sînt prea de temut. Dacă însă alcoolul este consumat pe stomacul gol — de exemplu sub forma unui „aperitiv" neînsoțit măcar de o gustare, în drum spre casă — și trece un timp pînă să se stea la masă, pot fi întrevăzute consecințe mult mai serioase. Tulburarea funcțiilor normale ale stomacului, cu atît mai intensă cu cît practica sus-menționată este mai solid ancorată în deprinderile zilnice, va duce mai devreme sau mai tîrziu la îmbolnăvire.

5. „Alcoolul – pavăză împotriva bolilor infecțioase"

Oricît ar părea de curios, unii oameni sînt sincer încredințați că prin grija de a-și întreține un grad oarecare de impregnație alcoolică a organismului se apără mai bine de unele boli (de exemplu, de gripă). Această părere, inspirată de însușirea de antiseptic îndeobște recunoscută alcoolului, este însă numaidecît infirmată de un mic calcul. Alcoolul rafinat de 90° are într-adevăr o anumită putere bactericidă (în realitate mult mai slabă decît i se atribuia altă dată). Însă, în sîngele unui om atît de beat încît nu se mai poate

Scanned with OKEN Scanner

ţine pe picioare, concentraţia alcoolului ajunge abia la 0,2%, adică este de 450 de ori mai mică ! Apare deci limpede că „dezinfecţia internă" n-are nici un suport ştiinţific, nu reprezintă decît o superstiţie.

Dacă lucrurile s-ar opri aici, încă n-ar fi atît de grav. Din nefericire, este demonstrat că ingerarea sistematică de băuturi alcoolice conduce tocmai la rezultate opuse celor dorite, adică micşorează rezistenţa organismului la agresiunea germenilor patogeni, agenţi ai bolilor infecţioase. Fenomenul nu este prea greu de explicat, dacă vom ţine seama că alcoolul se comportă totdeauna ca un toxic, care pune organismul într-o stare de inferioritate fiziologică. În fond este ca şi cum, vrînd să ajutăm pe cineva să se apere de un duşman, i-am mai trimite un al doilea inamic să-l atace din spate...

6. „Alcoolul – medicament"

Cele arătate mai sus sînt suficiente pentru a spulbera şi vechile păreri referitoare la virtuţile de medicament ale alcoolului. Au ieşit din circulaţie faimoasa poţiune alcoolică a lui Todd sau şampania prescrisă pe vremuri de clinicieni (în special de cei francezi), după cum este uşor de înţeles, în infecţiile pulmonare. Un refugiu rămăsese alcoolului în cardiologie, bazat pe presupunerea că distilatele de cereale (cum ar fi whisky-ul) ar uşura, prin acţiunea lor vasodilatatoare, munca inimii. Cercetări recente au dovedit că efectul real este... scăderea forţei de contractare a muşchiului cardiac. Însă nici acum nu scăpăm de obiecţii :

Dar vinul tonic ? Se vinde la toate farmaciile !

Da, se vinde, dar să nu se uite posologia : 1 lingură (15 grame) înainte de masă pentru adulţi şi 1 linguriţă (5 grame) pentru copiii neapărat mai mari de 7 ani.

7. „Să-i dăm şi copilului o picătură"

Ne mai întîlnim uneori cu prejudecata extrem de dăunătoare care îi împinge pe unii părinţi să dea copilului mic să guste din paharul lor de vin sau ţuică, chipurile „să-l călească pentru mai tîrziu". Această practică trebuie înfierată cu toată energia. Părinţii care cad în această greşeală atentează în mod crîncen — desigur fără să vrea — la sănătatea copilului lor. Organismul copilului este mult mai sensibil la acţiunea toxică a alcoolului. Pentru a provoca starea de comă la un şcolar mic este de ajuns o concentraţie a alcoolului în sînge de 5—6 ori mai mică decît la adult. Se cunosc cazuri de intoxicaţie acută şi chiar cazuri mortale la copiii mici după o simplă fricţiune cu spirt, după aplicarea unei comprese alcoolizate pe torace sau după suptul de la o mamă în uşoară stare de ebrietate. Deci singura atitudine valabilă şi care se cere a fi în mod stăruitor promovată este : *copilului nici o picătură de alcool !*

Alcoolul: elemente de patologie

Intoxicaţia acută alcoolică reprezintă ceea ce se înţelege în mod curent prin starea de beţie, cu simptomele ei binecunoscute. Uneori, intoxicaţia acută poate merge pînă la forme grave, cu intrarea în comă. Asemenea cazuri survin, de exemplu, cînd se pune la cale o întrecere „cine bea mai multă ţuică", ultima rundă a competiţiei desfăşurîndu-se deseori

Scanned with OKEN Scanner

la spitalul de urgenţă. Intoxicaţia acută cu alcool reclamă deci un prim ajutor urgent şi eficace, la fel ca în oricare altă otrăvire accidentală.

Intoxicaţia cronică deschide în patologia umană capitolul vast şi deosebit de complex al *alcoolismului*. Alcoolismul nu se confundă cu beţia întîmplătoare, izolată, care trece fără să afecteze sănătatea. În alcoolism este caracteristic consumul îndelungat, sistematic de alcool, chiar dacă acest consum nu duce decît rareori la starea de ebrietate manifestă. Ingerarea de alcool este adînc intrată în obişnuinţă, este dictată de necesitatea de a bea, necesitate care devine din ce în ce mai imperioasă pe măsură ce boala progresează. Ne găsim prin urmare în faţa unei veritabile toxicomanii, comparabilă cu „beţia albă" a consumatorilor de stupefiante.

Alcoolismul duce în mod inevitabil la degradarea fiinţei umane, nu există om capabil de a-i rezista. Degradarea are multiple aspecte. Este în primul rînd fizică, organică. Debilitarea şi carenţarea progresivă a organismului, tulburările la nivelul sistemului nervos central şi periferic, bolile digestive, ciroza ficatului — cu caracterul ei grav şi ireversibil — sînt numai cîteva din repercusiunile de ordin pur medical ale consumului cronic de alcool. La acestea se adaugă şi implicaţiile de ordin social, în rîndul cărora se situează, printre altele, dezintegrarea familiei, cu aspectele ei de-a dreptul dramatice în familiile cu copii. Rezultă că tratamentul alcoolismului trebuie urmat cu toată hotărîrea, dar acest lucru nu este totdeauna uşor de obţinut din partea bolnavului. Cîteodată, medicul este solicitat să răspundă la următoarea întrebare : *Există vreun medicament care să poată fi dat alcoolicului, fără ca el să simtă, pentru a-l dezbăra de viciul său ?* Răspunsul este un NU categoric. O asemenea tentativă ar fi nu numai ineficace, dar direct periculoasă. Medicamentele de felul Antalcolului au numeroase contraindicaţii şi expun la accidente dacă nu sînt administrate după prescripţie şi sub supraveghere medicală. De altfel, trebuie considerată drept imorală încercarea de a administra cuiva, fără ştirea şi acordul lui, orice fel de drog, cît de inofensiv. Condiţia esenţială a unui tratament de dezintoxicare este ca el să fie acceptat de bolnav, care să manifeste dorinţa fermă de a se vindeca. Desigur că a obţine o astfel de atitudine din partea bolnavului este uneori greu şi putem considera ca admisibilă, la nevoie, chiar o anumită presiune morală din partea familiei sau a colectivului, la locul de muncă. Bolnavul trebuie ajutat să înţeleagă că nu are de ce să se ruşineze dacă se va supune unei cure de dezintoxicaţie, iar aceasta, pentru a avea cele mai bune şanse de reuşită, este recomandabil să fie aplicată într-un spital de specialitate. După tratament mai este necesară, pentru o bună perioadă de vreme, o vigilenţă specială din partea fostului bolnav şi a anturajului său, spre a fi preîntîmpinată recăderea în vechea stare de boală.

Alcoolul: cîteva criterii de orientare

Ne-am angajat să nu propovăduim abstinenţa şi ne ţinem de cuvînt. Este clar că alcoolul nu aduce organismului absolut nici un serviciu, deci cine nu bea niciodată nu are ce pierde. Dar aceasta nu înseamnă

Scanned with OKEN Scanner

să ne privăm de plăcerea de a degusta cîte un pahar din produsele renumitelor podgorii ale țării noastre, a căror faimă binemeritată a ajuns pînă departe peste hotare. Esențialul este să adoptăm o anumită atitudine față de alcool, precis definită și conformă cu interesul de a ne păstra sănătatea. În adoptarea acestei atitudini intervin o serie de considerente de ordin strict personal: vîrsta, sexul, profesia, starea de sănătate etc. Dar există și unele criterii de valabilitate mai largă, pe care le vom schița în cele ce urmează.

1. „Cît îmi pot permite să beau fără să se poate spune că sînt un alcoolic și fără să-mi periclitez sănătatea?" Cu alte cuvinte se poate vorbi de un „barem" pentru consumul de alcool?

La aceasta este greu de dat un răspuns precis. Autorii francezi sînt ceva mai generoși, admițînd 3/4 litri vin (10°) pe zi pentru bărbat și 1/2 litru pentru femeie (Trémolières). Dar acest punct de vedere pare a corespunde mai bine specificului francez (să nu uităm că Franța se situează pe primul loc în lume în ceea ce privește consumul de alcool pe cap de locuitor). Mai potrivită pentru modul nostru de trai apare recomandarea ca la o masă să nu se depășească 20—25 grame alcool, ceea ce corespunde la circa 600 mililitri bere sau 200—250 mililitri vin (12°), și să nu se mai bea timp de 5—6 ore; de asemenea să nu se bea mai mult decît de două ori pe zi (Gonțea).

De fapt, orice „barem" nu are decît o valoare cu totul relativă, deoarece exact aceeași cantitate de alcool este bine suportată de unii și rău suportată de alții. Foarte important însă, pentru oricine, este să țină cont de reacția organismului. Dacă, după o cantitate chiar redusă de alcool, apar somnolența, durerea de cap, greața și tendința la vărsături este un semnal categoric că trebuie suprimat consumul.

Dar, indiferent de orice criterii individuale, principiul fundamental și universal valabil este: *evitarea con-*

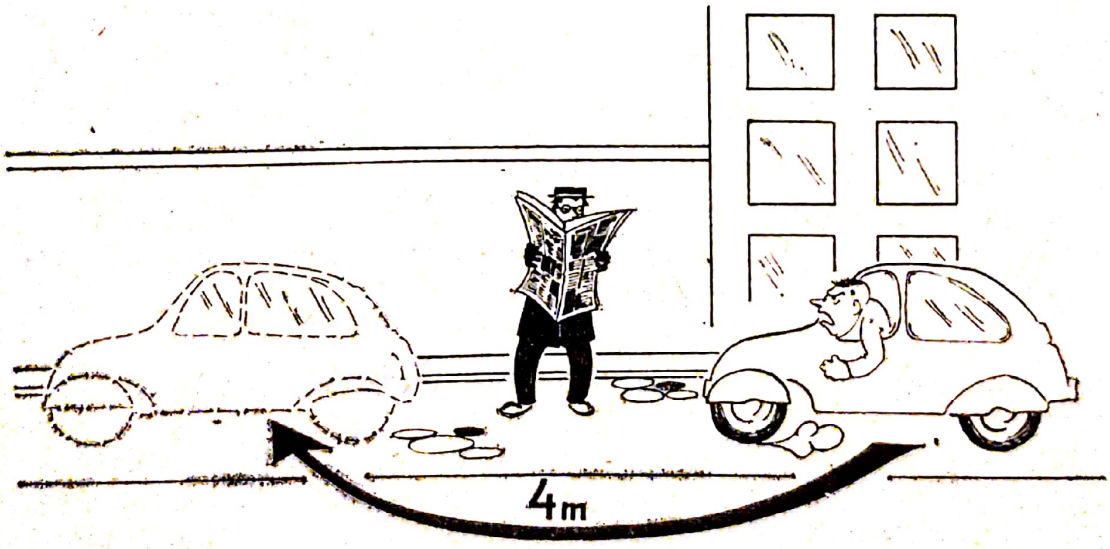


Fig. 132. — Conducătorul auto care a consumat alcool și prezintă o lungire cu numai 50% a timpului de reacție va frîna cu întîrziere în caz de pericol, iar vehiculul său va parcurge cîțiva metri în plus care se pot dovedi suficienți pentru accident

sumului frecvent, sistematic, zilnic. Este dovedit că tocmai acest consum, așa-zis „civilizat", duce în majoritatea cazurilor la alcoolism.

Fig. 133. — Am impresia că sînteți de aceeași părere cu mine.

2. Alcoolul asociat cu mîncarea își pierde din nocivitate. Deci, dacă este să bem un pahar, totdeauna la masă și niciodată între mese, pe stomacul gol.

3. Băuturile tari au o nocivitate crescută față de cele slabe. De exemplu, după 100 de grame coniac de 40°, alcoolemia crește mai repede decît după 400 de grame de vin de 10°, deși cantitatea de alcool ingerată a fost aceeași. Așadar să ne adresăm băuturilor tari pe cît se poate mai rar.

4. Alcoolul, în orice cantitate, micșorează resursele organismului atît fizice cît și psihice. Prin urmare: nici o picătură de alcool înainte de lucru, înainte de a conduce un autovehicul, înainte de a pleca în excursie.

5. În toate bolile cronice, atitudinea față de alcool este strict individualizată, conform cu prescripția medicului. Orice abatere de la această prescripție, orice act de „temeritate" nu reprezintă decît o gravă imprudență, care se poate plăti scump.

6. Nici o picătură de alcool în timpul sarcinii și alăptării, alcoolul trecînd ușor la făt și în lapte. Unele persoane neavizate cred că pentru gravidă prinde bine cîte un pahar de bere; este o prejudecată.

7. Să nu insistăm niciodată cînd cineva, la invitația noastră, refuză să bea. S-ar putea să fie un bolnav cronic sau un abstinent după dezintoxicare. Dacă îl vom sili să cedeze — și el o va face, de teamă să nu ne jignească — se înțelege la ce rezultate poate duce gestul nostru de prietenie atît de greșit înțeleasă. Și o altă recomandație: „De ce să bei mereu în sănătatea altuia? Gindește-te la a ta".

Tabagismul — boală despre care se vorbește

Într-adevăr se vorbește tot mai mult astăzi, în cercuri tot mai largi, de aspectele grave pe care le îmbracă fumatul. Chiar pare că se desemnează o tendință, o modă a lăsatului de fumat, care cîștigă un număr crescînd de aderenți.

Explicația acestui fenomen rezidă în alarma dată de oamenii de știință, pe plan mondial, cu răsunetul ei puternic în rîndurile opiniei publice. De exemplu, o vîlvă deosebită a stîrnit în S.U.A. raportul lui Luther Terry,

care a arătat că din cauza fumatului — denumit de el „catastrofă națională“ — mor prematur în fiecare an aproximativ 300 000 de persoane. Terry a subliniat totodată că „alte 100 000 de persoane încetează din viață prematur pentru că trăiesc într-un mediu în care sînt obligate să fie în permanent contact cu fumătorii“.

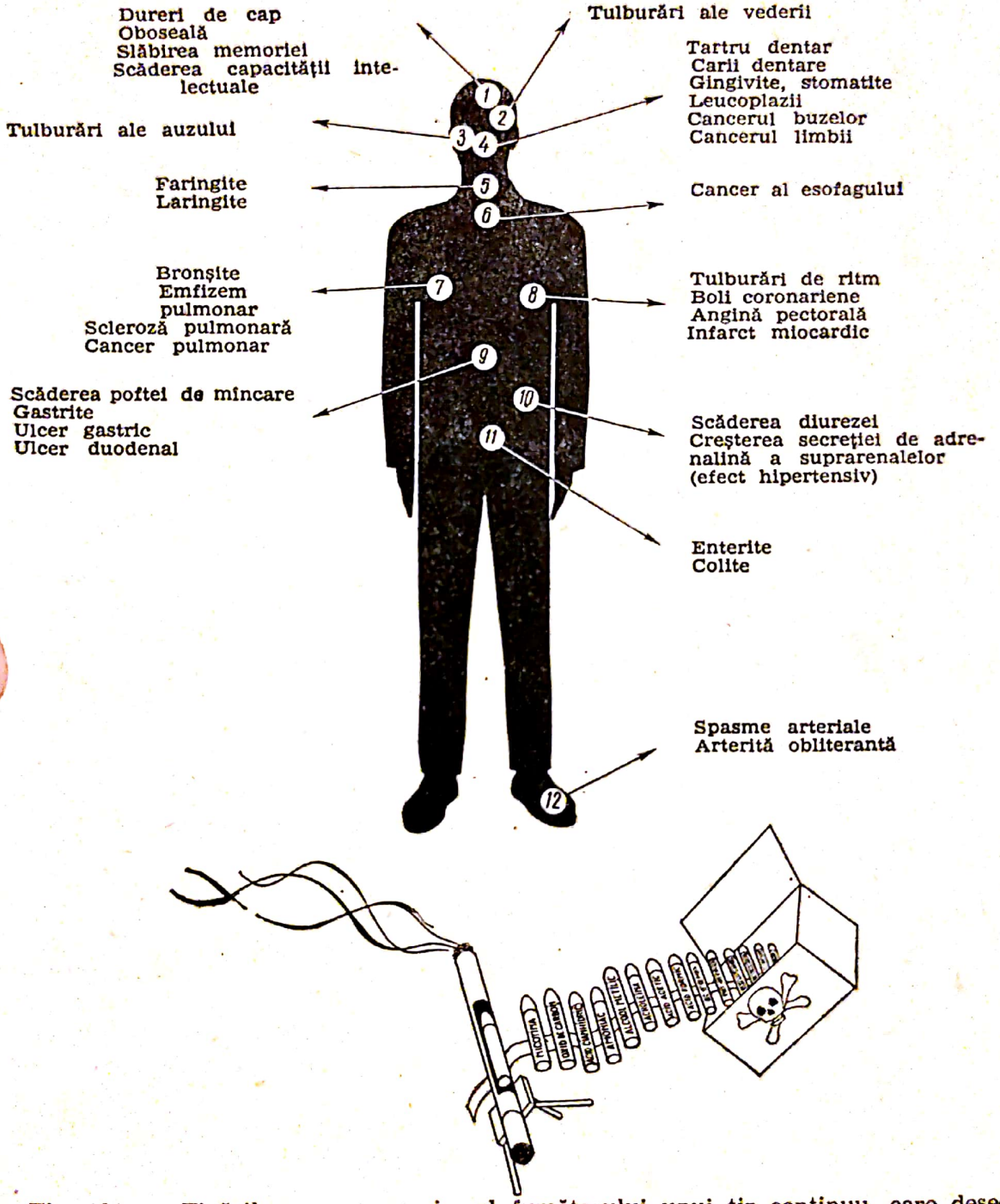


Fig. 134. — Țigările supun organismul fumătorului unui tir continuu, care deseori nimerește în plin. Pe figură nu au putut fi reprezentate efectele intoxicației tabagice asupra întregului organism: anemie, hipovitaminoză C, debilitate, slăbire accentuată, diminuarea capacității de muncă, diminuarea funcției sexuale, îmbătrînire timpurie.

De asemenea, atenţia savanţilor şi a opiniei publice este reţinută astăzi de incidenţa în continuă creştere a cancerului pulmonar şi de corelaţiile stabilite între acest aspect şi practica fumatului. Astfel, în Anglia, Doll şi Bradford Hill au publicat un studiu amplu, bazat pe observarea timp de 12 ani a unui număr de aproape 41 000 de persoane. Printre altele, ei au obţinut următoarele date privind mortalitatea prin cancer pulmonar (la 1 000 pe an) :

Nefumători	0,07
Fumători — 25 de ţigări pe zi şi peste	2,23
Fumători — 35 de ţigări pe zi şi peste	3,15

Se vede cum mortalitatea prin cancer pulmonar la marii fumători este de peste 40 de ori mai mare.

Publicarea a numeroase date statistice, de felul celor de mai sus, a fost întîmpinată pe alocuri cu scepticism, părerea unor oponenţi putînd fi sintetizată astfel : „sînt foarte interesante datele dv., ele dau realmente de gîndit, dar am prefera să ni se demonstreze direct, pe cale experimentală, acţiunea cancerigenă a tutunului asupra ţesutului pulmonar". Răspunsul n-a întîrziat, o serie de cercetători izbutind să provoace cancere pulmonare experimentale la şoareci prin închiderea lor în maşini automate de fumat sau prin instilarea pe cale traheală a unor produşi cancerigeni extraşi din tutun.

În ţara noastră sînt de notorietate studiile întreprinse de acad. N. Gh. Lupu şi colaboratorii săi cu privire la efectele nocive ale fumatului.

Prin urmare, tulburări ale circulaţiei sîngelui, cancer şi scleroemfizem pulmonar, tulburări ale glandelor endocrine şi diferite alte pericole mai mici sau mai mari, pîndesc pe fumătorii de ambele sexe. Considerăm însă că nu ne-am fi făcut din plin datoria dacă n-am fi arătat deschis că femeile sînt mult mai dezavantajate decît bărbaţii, atunci cînd acceptă să practice viciul fumatului. Fetele, la pubertate, pot prezenta hemoragii şi tulburări de dezvoltare a corpului (creşterea în înălţime se reduce cu 10—20% faţă de nefumători). Femeile însărcinate avortează ori nasc prematur, mult mai des decît nefumătoarele, iar copiii fumătoarelor sînt mai slab dezvoltaţi (cîntăresc mai puţin). Căsătoriile fără copii sînt mai frecvente cînd femeia este fumătoare. În fine, femeile fumătoare îmbătrînesc mai devreme (cu 65% faţă de nefumătoare), pierzîndu-şi mult mai uşor farmecul pe care îl are în plus un organism pe deplin sănătos.

Cîteva sugestii pentru cei care doresc să se lase de fumat

De la început vom fi de acord că lăsatul de fumat este într-adevăr anevoios, îl pune pe fumător la grea încercare. Mai înainte se credea că nicotina nu provoacă necesitatea de a fuma prin acelaşi mecanism după care se petrec lucrurile în intoxicaţia cronică cu alcool sau cu morfină şi că, prin urmare, ar fi de ajuns „un pic de voinţă". Este adevărat că repetarea gesturilor uzuale legate de aprinderea ţigării, plăcerea de a inspira fumul aromat al unei ţigări fine, nevoia de a găsi în ţigară un tovarăş de bucurie, la necaz, la efort, contează în întreţinerea deprinderii. Dar, după cum rezultă din cercetări mai recente, fumatul este şi el o toxicomanie, căreia i s-a găsit şi o denumire specială : nicoti-

Scanned with OKEN Scanner

nomanie. Deci este nevoie nu de puţină, ci de multă voinţă şi, dacă se poate, de unele mijloace ajutătoare, care să vină în sprijinul efortului de mobilizare a voinţei.

Un astfel de mijloc este utilizarea lobelinei, singura substanţă despre care se cunoaşte în prezent că ar corespunde scopului menţionat. Lobelina este un alcaloid foarte asemănător din punct de vedere chimic şi farmacologic cu nicotina, de care se deosebeşte însă prin toleranţa bună şi prin faptul că nu dă obişnuinţă. De aceea, lobelina este capabilă să se substituie nicotinei în organismul fumătorului şi să suprime astfel pofta de fumat. Lobelina se utilizează în injecţii intramusculare, cîte 2 pe zi, timp de 12—14 zile. Pe timpul tratamentului se permite continuarea fumatului, însă cu reducerea treptată a raţiei, pînă la suprimarea ţigărilor cu 3—4 zile înainte de încheierea seriei de injecţii. Pentru tratamentul cu lobelină este necesară o prescripţie medicală şi se recomandă ca administrarea să fie supravegheată de medic.

Rezultatele tratamentului cu lobelină sînt descrise într-un mod încurajator de Mahmudov (U.R.S.S.), care relatează 198 de succese la un lot de 214 fumători. De asemenea, Courilleau (Franţa) arată că lobelina dă rezultate excelente în timpul administrării, dar atrage atenţia că ulterior majoritatea pacienţilor săi *sănătoşi* s-au reapucat să fumeze, unii chiar după două serii de tratament. De unde se vede că lobelina, ea singură, nu poate face totul...

Un alt mijloc ajutător, mult mai modest şi care nu merge la rădăcinile obişnuinţei de a fuma, constă în utilizarea unor substanţe care la contactul cu fumul de tutun provoacă un gust dezagreabil al ţigării. În acest sens se poate încerca clătirea gurii cu o soluţie de nitrat de argint 1—2‰ sau cu soluţia: acid tanic 5 g, glicerină 15 g, apă distilată 200 g.

Se ridică deseori întrebarea: cum este mai bine să se procedeze: prin lăsatul brusc sau prin dezobişnuirea treptată, adică prin reducerea progresivă a raţiei pînă la zero?

Un răspuns cu valabilitate generală este greu de dat, pentru că aici intervin o serie de trăsături temperamentale fundamental deosebite de la un om la altul.

Cura de dezobişnuire treptată este mai fiziologică, se apropie oarecum de metoda întrebuinţată în tratamentul toxicomaniilor clasice (suprimarea bruscă a alcoolului sau a morfinei se evită, deoarece ar duce la accidente grave). Însă în tratamentul tabagismului nu se impune cu aceeaşi necesitate dezobişnuirea treptată, aceasta avînd şi neajunsul de a întreţine deprinderea şi expunînd la revenirea rapidă a fumătorului la raţia iniţială, după cum o dovedesc nenumăratele eşecuri observate în practică.

Renunţatul brusc întruneşte majoritatea sufragiilor specialiştilor. În legătură cu acest procedeu se remarcă un aspect foarte semnificativ: metoda reuşeşte sistematic atunci cînd fumătorul, bolnav de inimă sau de plămîni, află de la medicul său că îşi expune grav sănătatea şi chiar viaţa dacă mai fumează. La fel, fumătorul proaspăt operat de hernie nu se mai atinge de ţigare, pentru că ştie că dacă va tuşi riscă să se vadă a doua oară pe masa de operaţie. Totul se petrece uşor şi destul de liniştit. Numai în ultimul din exemplele date (bolnavul de hernie) se observă un lucru curios (numai în aparenţă): tentaţia ţigărilor reîncepe şi devine treptat insuportabilă, pe

Scanned with OKEN Scanner

măsură ce fostului operat i se consolidează peretele abdominal și el se știe perfect sănătos și ...apt de a fuma.

Un fumător dîrz și curajos, înarmat cu hotărîre și voință, se poate descotorosi de intoxicația cu nicotină fără ajutorul nici unui medicament, cu prețul unor încercări relativ grele prin care va avea de trecut mai ales în primele 15—20 de zile. La nevoie, el se va putea servi de calmante (bromuri, pasifloral) sau tranchilizante (meprobamat).

. . . și pentru cei care nu reușesc să se lase de fumat

Pentru această categorie nu ne mai rămîne altceva decît să recomandăm cîteva măsuri igienice. Aceste măsuri n-ar trebui minimalizate. Fără a fi bineînțeles de valoare egală cu abandonarea fumatului, ele sînt capabile să aducă sănătății beneficii importante, cu singura condiție de a fi aplicate consecvent. De remarcat că unele dintre recomandările cu care ne adresăm mai jos fumătorilor vizează și protecția persoanelor din jur, deseori puse să plătească fără vină, pentru un nărav care nu le aparține. Așadar :

— Căutați să aplicați o reducere la rația zilnică ; nu este necesar să fumați chiar atît cît obișnuiți dv. Ce părere ați avea de o reducere de 25% sau chiar de 50% ?

— Aruncați țigara cînd ați ajuns la mijloc. A doua jumătate este mult mai nesănătoasă decît prima, datorită nicotinei depuse ca într-un filtru.

— Folosiți țigaretul de cireș prevăzut cu un filtru de vată. Țigaretul este ieftin și îl puteți arunca repede, iar vata trebuie să o schimbați după 3—4 țigări.

— Nu țineți mult țigara în gură ; dacă aveți ambele mîini ocupate, depuneți-o undeva sau aruncați-o.

— Nu trageți prea des și prea tare din țigare, fumul aspirat în astfel de condiții este mai toxic.

— Preferați țigara uscată, evitați țigările umede.

— Nu fumați noaptea, dați-i răgaz organismului să se dezintoxice după porția absorbită în timpul zilei.

— Suprimați neapărat prima țigară fumată dimineața, cînd sună deșteptătorul, pe nemîncate. Această țigară, ea singură, dăunează cît zece.

— Fumați cît mai puțin în spații închise, respectați dreptul la sănătate al semenilor dv.

— În camera copilului nici un atom de fum de tutun !

— Dacă aveți copii, exemplul dv. îi va contamina primul, iar țigările dv. le vor ajuta să facă primii pași. Deprinderea de a fuma se formează la vîrsta tînără ; amintiți-vă cum ați început dv. Concluzia este limpede... Poate fi considerat acesta un sacrificiu prea mare pentru un părinte, cînd este vorba de sănătatea și viitorul copiilor săi ?

Scanned with OKEN Scanner

20

Primul ajutor

Mai întîi să nu dăunăm . . . 373
● Traumatismele 374
Fracturile 374
Semnele fracturilor 375
Complicațiile fracturilor . . . 375
Primul ajutor în caz de fractură închisă . . 375
Primul ajutor în caz de fractură deschisă 376
Transportul unui accidentat cu fractură . . . 377
Luxațiile 377
Entorsele 377
Rănile 378
Hemoragia 378
Infectarea rănii 379
Traumatismele cranio-cerebrale 380
Traumatismele toracelui . . . 380
Traumatismele abdominale . . 381
Prevenirea șocului traumatic 381
Șocul termic și insolația . . . 381
● Arsurile 382
● Degerăturile 383
● Electrocutarea 383
● Intoxicațiile acute 384
Îndepărtarea toxicului 385
Neutralizarea toxicului 385
Susținerea funcțiilor vitale . . . 385
Primul ajutor în cîteva intoxicații (sodă caustică, alcool, ciuperci, oxid de carbon, insectofungicide, luminal și somnifere) 385
● Tulburări cardio-respiratorii cu caracter de urgență 386
Stopul respirator 387
Respirația artificială 387
Stopul cardiac 388
Masajul cardiac 388
● Durerile abdominale violente . . 390
● Înghițirea corpilor străini 390
● Mușcătura de șarpe 390

Mai întîi să nu dăunăm

Primul ajutor este sprijinul neîntîrziat ce se acordă unui accidentat sau bolnav pînă cînd acesta este examinat și tratat de medic. Acordat la timp și în bune condiții, primul ajutor poate salva viața accidentatului, îi reduce suferința, contribuie la mersul favorabil al tratamentului ulterior, ușurînd sarcina medicului.

În caz de accident este în primul rînd necesar să știm ce trebuie și ce nu trebuie făcut. Dacă persoana care acordă primul ajutor nu are aceste cunoștințe se poate întîmpla ca, în loc să ajute, dimpotrivă, să accentueze suferința, putînd chiar provoca apariția unor complicații care să întîrzie vindecarea, prelungind durata incapacității de muncă. Dar nu numai atît; un ajutor incorect acordat poate duce și la pierderea definitivă, parțială și chiar totală, a capacității de muncă a accidentatului.

Persoana care acordă primul ajutor trebuie să dea dovadă de calm

și stăpînire de sine. Este necesar să fie îndepărtate persoanele care stîrnesc panică și împiedică astfel aplicarea rapidă a măsurilor adecvate de prim ajutor. Dacă cel care acordă primul ajutor nu a fost de față în momentul accidentului, el trebuie să se orienteze imediat asupra naturii acestuia, cerînd informații fie de la persoanele din jur, fie, în măsura în care este posibil, chiar de la victimă. Această informare este deosebit de importantă, fiindcă indică măsurile rapide care trebuie să se adreseze elementelor principale prezentate de accidentat.

În acordarea primului ajutor este recomandabil să limităm pe cît posibil orice manevre care accentuează suferința accidentatului sau a bolnavului, mișcările strict necesare trebuind să fie blînde, precise și simple. De exemplu, transportul unui accidentat trebuie organizat cu prudență și îndemînare, astfel încît să nu zdruncine, să nu agraveze suferința. În caz de traumatism (lovitură violentă, cădere, explozie etc.) este absolut contraindicat de a mișca regiunea traumatizată, de a efectua tracțiuni sau alte manevre asupra ei. Nu sînt indicate nici încercările de a repune osul în poziție normală în caz de fracturi sau luxații. Acestea sînt manevre dificile care necesită o pregătire specială. Dar asupra greșelilor care trebuie evitate vom mai reveni.

Traumatismele

Prin traumatism se înțelege acțiunea bruscă a unui agent extern, denumit *agent traumatic*, care provoacă leziuni de diverse feluri. Agenții traumatici pot fi *mecanici, termici, electrici, chimici, radianți*. Cele mai frecvente sînt traumatismele produse prin agenți mecanici. După condițiile în care se produc, traumatismele pot fi :

— *traumatisme de casă*, mai frecvente la copii de vîrstă mică și mijlocie ;

— *traumatisme de stradă*, datorite în primul rînd nerespectării regulilor de circulație ;

— *traumatisme sportive*, care se produc prin nerespectarea regulilor diferitelor sporturi, prin defecte de amenajare a terenurilor sportive sau echipament necorespunzător ;

— *traumatisme în muncă*, a căror apariție este legată de nerespectarea măsurilor de protecția muncii.

Fracturile

Cînd traumatismul depășește o anumită intensitate se produce întreruperea continuității osului : fractura. Sînt cazuri cînd din cauza unor boli ca rahitismul, scorbutul, osteomielita, tumori osoase etc., osul își pierde rezistența sa normală și atunci fractura poate să apară și la traumatisme minime (o simplă alunecare, o mișcare forțată etc.) sau la mișcări obișnuite. După modul de producere deosebim fracturi directe și indirecte. Primele se produc la locul unde a acționat agentul traumatizant, în timp ce fracturile indirecte apar la distanță. Traumatismul poate determina fractura unuia sau mai multor oase o dată ; se poate de asemenea întîmpla ca același os să fie fracturat în mai multe locuri.

Scanned with OKEN Scanner

Fracturile sînt de două feluri : *închise*, în care pielea şi ţesuturile ce învelesc osul rămîn nemodificate, şi *deschise*, care se însoţesc de rănirea acestora. Se înţelege că fracturile deschise sînt mai grave şi necesită măsuri de prim ajutor mai complexe. Cînd ruperea osului interesează întreaga lui grosime, fractura este completă ; în fractura incompletă, ruptura cuprinde osul numai în parte ; cînd osul este spart în mai multe bucăţi fractura se numeşte cominutivă. Fragmentele osoase rezultate din fracturi suferă de cele mai multe ori deplasări sub acţiunea contracţiilor musculare.

Semnele fracturilor

Durerea, care apare o dată cu traumatismul, este localizată şi se accentuează la orice mişcare a regiunii lovite. Impotenţa funcţională, adică imposibilitatea mişcării, este un semn important în fracturi.

Deformarea regiunii constituie un element preţios în stabilirea existenţei unei fracturi, iar scurtarea membrului exprimă încălecarea fragmentelor osoase.

Apariţia de *vînătăi* la locul traumatizat pledează de asemenea pentru existenţa unei fracturi. Mobilitatea osoasă anormală şi scîrţîitul osului rupt se pun în evidenţă prin manevre speciale pe care le face numai medicul.

Complicaţiile fracturilor

Dacă primul ajutor nu se acordă corect, fragmentele osoase produse prin fractură se pot deplasa, producînd răniri ale părţilor moi învecinate. Cele mai grave sînt rănirile vaselor de sînge şi ale nervilor. Procesul de refacere a osului fracturat poate să întîrzie fiind tulburat din cauze diferite. În acest caz segmentele osoase nu se sudează bine, îşi păstrează un grad de mobilitate, formîndu-se astfel ceea ce se numeşte o pseudoartroză (falsă articulaţie) reprezentînd o serioasă infirmitate (care trebuie supusă operaţiei).

Primul ajutor în caz de fractură închisă

Elementul fundamental este *imobilizarea*. Aceasta constă în menţi-

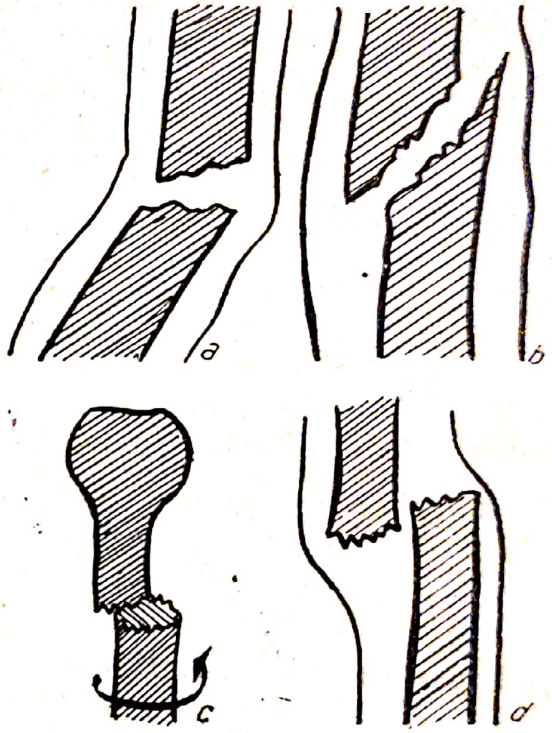


Fig. 135. — Diverse varietăţi de fracturi.

nerea într-un perfect repaus, prin diferite mijloace, a osului fracturat. În felul acesta se atenuează suferinţa bolnavului şi se evită complicaţiile. Imobilizarea făcută incorect poate duce la deplasarea fragmentelor osoase şi astfel la îngreuierea tratamentului ulterior, eventual chiar la intervenţii chirurgicale. Imobilizarea unei fracturi se face cu ajutorul atelelor. Atelele sînt nişte plăci din scîndură, tablă sau reţea de sîrmă, de diferite forme şi dimensiuni, corespunzătoare regiunii de imobilizat.

Scanned with OKEN Scanner

Cum, de cele mai multe ori, nu avem la îndemînă atele gata confecționate, acestea vor fi improvizate din scînduri, crengi etc. Pentru a obține o imobilizare corectă este necesară cuprinderea atît a focarului de fractură cît și a articulațiilor vecine ale osului respectiv. Aplicarea atelelor nu se face direct pe piele, ci prin intermediul unui material moale, vată, fașă, pînză etc. Menținerea scîndurelelor se face cu feși, sfori, fără a strînge prea tare, pentru a nu provoca durere și a nu împiedica circulația sîngelui. Totuși, trebuie strîns atît cît este necesar, pentru a nu permite mișcarea fragmentelor osoase.

Primul ajutor în fracturi are anumite particularități în raport cu osul fracturat. Să vedem cîteva aspecte mai importante.

Fracturile de coloană vertebrală. Accidentatul va fi întins imediat pe un plan tare. Nu va fi culcat pe spate, deoarece se accentuează îndoirea și se pot produce compresiuni pe trunchiurile nervoase. Fracturile de coloană vertebrală prezintă o gravitate mare, prin faptul că se însoțesc de atingeri ale măduvei nervoase, care străbate coloana vertebrală, de aceea accidentatul va fi transportat de urgență la unitatea medico-sanitară cea mai apropiată.

Fracturile de craniu sînt foarte grave și necesită transportarea de urgență a accidentatului la spital. În fructura mandibulei (falca inferioară) se va face imobilizarea provizorie cu un bandaj sau batic legat în creștetul capului.

Fracturile toracelui sînt grave, fapt care impune transportarea rapidă la spital. Imobilizarea totală nu se poate realiza, deoarece s-ar stînjeni mișcările respiratorii ; mișcările pot fi reduse prin aplicarea unui bandaj făcut din feși sau dintr-un cearșaf, care să cuprindă întregul torace.

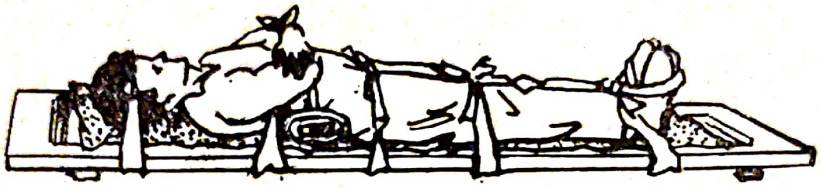


Fig. 136. — Imobilizarea provizorie a unui bolnav cu fractura coloanei vertebrale.

Fracturile de bazin. Accidentatul va fi culcat pe un plan tare și va fi transportat de urgență la spital.

Fracturile membrului superior. În caz de fractură a claviculei, a omoplatului și a brațului în apropierea articulației umărului, este necesară fixarea membrului respectiv pe torace printr-un bandaj. În fracturile de braț și antebraț vor trebui imobilizate articulațiile vecine, umăr și cot și respectiv cot și mînă. Articulația cotului va fi îndoită în unghi aproape drept și se va fixa cu o fașă pe torace.

Fracturile membrului inferior. În fracturile de șold culcăm bolnavul pe spate și îl transportăm la spital ; tendința de rotire a piciorului în afară se va combate sprijinind regiunea cu perne sau săculeț de nisip. Fracturile de coapsă și gambă se imobilizează cu atele, după principiile arătate.

Primul ajutor în caz de fractură deschisă

În acest caz, pe lîngă asigurarea imobilizării, trebuie luate măsuri care

Scanned with OKEN Scanner

se adresează rănii. Dacă există o hemoragie se încearcă oprirea ei și apoi se face pansamentul rănii, după care se execută imobilizarea.

Transportul unui accidentat cu fractură

O primă condiție este să se asigure menținerea imobilizării. Cel mai bine este să se folosească targa. Așezarea și coborîrea accidentatului de pe targă se fac cu blîndețe. Dacă nu avem targă la îndemînă, aceasta poate fi improvizată din două bețe și o haină sau din doi saci și două bețe.

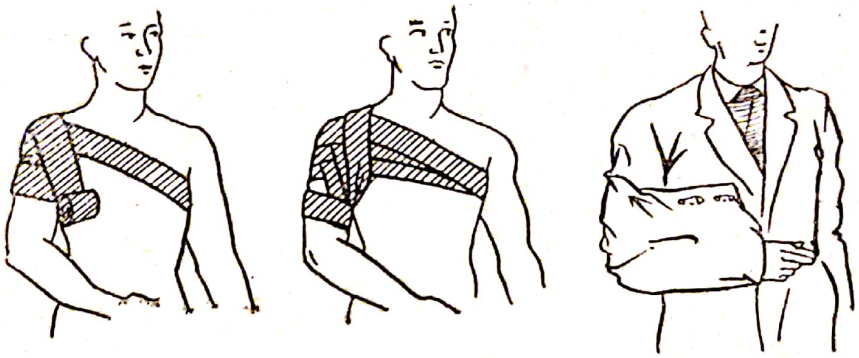


Fig. 137. — Imobilizarea provizorie a articulației umărului.

Luxațiile

În luxații se produce deplasarea anormală a extremităților osoase dintr-o articulație. Luxațiile pot fi complete sau incomplete, după gradul de deplasare a capetelor osoase. Ele pot fi determinate de traumatisme sau de mișcări exagerate și bruște. Luxația primește denumirea regiunii în care s-a produs : luxație de șold, de umăr etc. Accidentatul acuză o durere violentă în regiunea respectivă, unde se constată de obicei o deformare însoțită de poziția anormală a membrului. Luxația determină impotența funcțională a membrului respectiv. În caz de luxație nu este bine să încercăm să readucem oasele în poziția lor normală, deoarece nu reușim decît să chinuim inutil bolnavul. Se face o imobilizare provizorie și se transportă accidentatul la unitatea medicală apropiată.

Entorsele

Entorsele sau scrîntiturile constau în ruperea unor ligamente într-o articulație, fără deplasarea extremităților osoase. Se manifestă prin durere, umflarea regiunii respective și impotență funcțională. Întrucît entorsa se poate asocia cu o fractură, se face o imobilizare provizorie și se transportă accidentatul la unitatea sanitară apropiată.

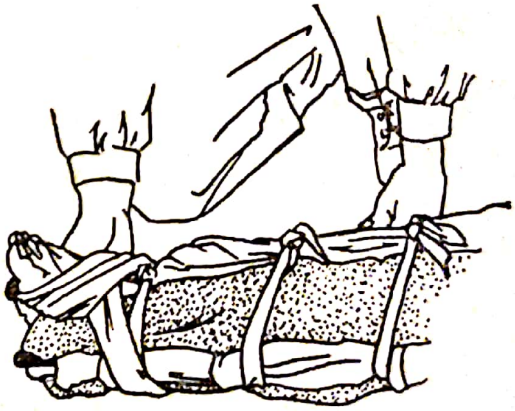


Fig. 138. — Imobilizarea provizorie a unei fracturi a membrului inferior.

Scanned with OKEN Scanner

Rănile

Rănile sînt leziuni traumatice, produse prin factori mecanici, termici sau chimici. Rănile prin factori mecanici pot fi : *tăierea*, cînd agentul vulnerant este un corp ascuţit ; *smulgerea* sau *sfîşierea*, cum se întîmplă în muşcăturile de animale ; *zdrobirea*, cînd agentul vulnerant acţionează prin lovire. Rănile superficiale interesează pielea şi ţesuturile imediat apropiate ; rănile profunde interesează elemente situate mai adînc, ca : muşchi, oase, articulaţii, vase mari de sînge, nervi şi chiar organe. Rănile care interesează cavităţile corpului (torace, abdomen) se pot însoţi de exteriorizarea conţinutului acestor cavităţi şi se numesc penetrante.

Primul ajutor ce trebuie acordat în cazuri de rănire variază după regiunea atinsă. O primă problemă este calmarea durerii. Combaterea durerii poate fi obţinută prin administrarea de calmante obişnuite şi tratarea cu maximă blîndeţe a accidentatului. Dacă avem la îndemînă putem da 1—2 tablete de Algocalmin. În general, aplicarea unui pansament corect şi imobilizarea regiunii rănite duc la diminuarea durerii, astfel încît numai în cazuri excepţionale se va recurge la alte mijloace.

Indiferent de dimensiunile şi felul în care s-a produs rănirea, ea poate fi însoţită de complicaţii care constituie un pericol pentru bolnav dacă nu se acordă primul ajutor corect şi la timp. Dintre aceste complicaţii mai importante sînt hemoragia şi infectarea rănii.

Hemoragia

Prin hemoragie se înţelege scurgerea sîngelui din artere, vene şi capilare. În *hemoragia arterială*, sîngele este de culoare deschisă şi ţîşneşte ritmic, ca împins de o pompă ; acest fel de hemoragie este în general gravă prin pierderea mare de sînge pe care o determină. În *hemoragia venoasă*, sîngele este de culoare roşie-închisă şi curge continuu. În *hemoragia capilară*, sîngele mustește pe toată suprafaţa rănii.

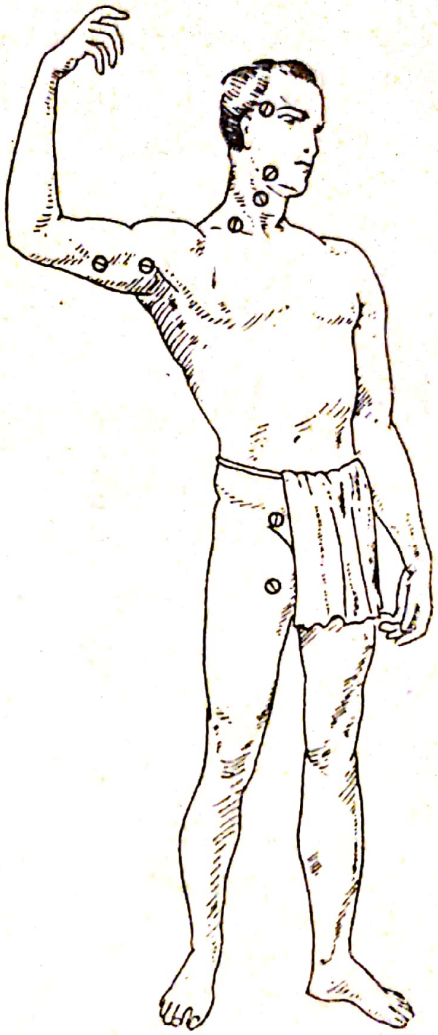


Fig. 139. — Punctele de compresiune a arterelor, în caz de hemoragie.

Oprirea hemoragiei (hemostaza) este elementul de urgenţă de care depinde adesea viaţa rănitului. În hemoragiile arteriale se iau următoarele măsuri :

a) *Comprimarea digitală a arterei* se face în regiunea de deasupra rănii. Pentru rănile feței și capului, comprimarea se face sub rană, datorită faptului că sîngele circulă de jos în sus, de la inimă spre cap. Comprimarea arterei este o manevră obositoare ; ea are un caracter provizoriu pînă la pregătirea și aplicarea garoului. În cazul unei hemoragii deosebit de mari poate fi necesară chiar introducerea degetului în rană pentru a comprima direct vasul care sîngerează.

b) *Aplicarea garoului.* Garoul este un tub subțire de cauciuc de 1—1,5 m. În momentul aplicării, tubul se întinde și se înfășoară deasupra rănii peste un strat de vată sau tifon. Se obține astfel o comprimare a arterei de mai lungă durată. Garoul este corect aplicat numai dacă sub nivelul său nu se mai simte pulsul arterei.

În loc de garou se poate folosi o curea, o frînghie etc. Trebuie reținut că garoul nu poate fi lăsat mai mult de o oră și jumătate, deoarece prin oprirea circulației se produc modificări importante ale țesuturilor. Aplicarea garoului urmărește oprirea hemoragiei pe timpul transportului accidentatului la o unitate sanitară.

c) *Pansamentul compresiv* constituie o altă metodă pentru oprirea hemoragiei și se realizează astfel : pe rana care sîngerează se aplică cîteva straturi de tifon, peste care se pune vată, apoi se strînge cu o fașă. Dacă pansamentul se îmbibă cu sînge înseamnă că compresiunea este insuficientă și se aplică un alt pansament compresiv peste primul. *Pe rănile în care au pătruns corpuri străine nu se aplică pansamente compresive.* Pentru oprirea hemoragiilor venoase este necesară aplicarea unui pansament ceva mai strîns, iar pentru cele capilare este de-ajuns un pansament obișnuit.

Infectarea rănii

Microbii din mediul înconjurător pot ajunge în rană prin corpul care a produs-o, prin murdărirea cu pămînt sau chiar ca urmare a unor greșeli comise în acordarea primului ajutor (se aplică pe rană hîrtie, frunze etc.). O rană infectată se vindecă mult mai greu, punînd cîteodată în pericol chiar viața accidentatului (tetanosul, gangrena gazoasă, septicemiile). Pentru evitarea acestor grele neajunsuri este necesară respectarea cîtorva norme precise în îngrijirea unei răni.

Curățirea rănii se face începînd cu ștergerea pielii din jur cu un tampon de tifon imbibat cu tinctură de iod sau alcool. Este interzis a se șterge rana cu mîinile nespălate sau a se spăla rana cu apă. Rana se poate spăla cu apă oxigenată, mai ales cînd este adîncă și conține secreții, deoarece acest dezinfectant curăță rana și prin spuma pe care o produce. În rănile mai puțin adînci putem folosi pansamente care să conțină substanțe antimicrobiene în pomezi, cum ar fi unguentul sulfamidat sau cu aureomicină și mai bine pulberea de sulfamidă. Dacă există corpi străini în rană, aceștia vor fi extrași numai de medic. După curățire se trece la aplicarea pansamentului. Un bun pansament trebuie să îndeplinească următoarele condiții : să fie steril, să absoarbă secrețiile, să protejeze rana, să nu fie dureros. De asemenea, el trebuie să asigure imobilizarea regiunii și, după caz, să conțină substanțe cu acțiune antimicrobiană. Cele mai bune pentru pansament sînt tifonul și vata sterilă. Un pansament corect poate fi realizat ușor folosind pachetul individual de pansament sau cutia cu comprese sterile, care se găsesc la farmacie. În lipsa acestora se poate întrebuința o bucată de pînză curată, călcată pe ambele fețe cu fierul încins. Aplicarea pansamentului se face

Scanned with OKEN Scanner

astfel : se acoperă rana în întregime cu tifonul steril, iar deasupra sa se pune un strat de vată. Fixarea pansamentului poate fi făcută în caz de răni superficiale cu ajutorul cîtorva benzi de romplast (leucoplast). Pentru rănile mai mari pansamentul se fixează prin feşi. Dacă nu avem la îndemînă o faşă gata confecţionată, o improvizăm dintr-un material curat. Se procedează astfel : faşa se ia în mîna dreaptă şi înfăşarea se începe ceva mai jos de rană. Se fac întîi 2—3 tururi circulare, apoi se trece în spirală pentru a acoperi întregul pansament. Ultima porţiune de faşă se rupe în lungime în două, obţinîndu-se două bentiţe cu care se leagă. Faşa nu trebuie aplicată prea strîns, pentru a nu stînjeni circulaţia sîngelui. Aplicarea feşii prezintă particularităţi în funcţie de regiunea pe care o pansăm.

Traumatismele cranio-cerebrale

Traumatismele cranio-cerebrale au o gravitate deosebită, deoarece se însoţesc de tulburări sau leziuni ale creierului. Ele sînt de două feluri : *închise,* în care este păstrată integritatea pielii, şi *deschise,* în care sînt lezate pielea, osul, învelişurile creierului (meningele) şi chiar creierul. Aceste traumatisme sînt deseori însoţite de : *comoţie cerebrală, contuzie cerebrală* sau *dilacerare cerebrală.*

Comoţia cerebrală se manifestă prin pierderea cunoştinţei, cu o durată ce nu depăşeşte în general o oră. Accidentatul îşi revine la normal fără să ştie ce s-a întîmplat. Uneori, după ce şi-a revenit, poate să acuze dureri de cap, greţuri sau vărsături. Menţionăm că în această formă creierul nu prezintă leziuni.

Contuzia cerebrală corespunde unor leziuni în creier. Se manifestă fie prin pierderea cunoştinţei pe o durată mai lungă (ore, zile, săptămîni), fie prin dureri de cap violente şi persistente.

Dilacerarea cerebrală se constată în traumatismele deschise şi constă în distrugeri ale substanţei cerebrale. Manifestările sînt în funcţie de zonele care sînt atinse.

Suferinţa creierului se repercutează asupra funcţiilor vitale ale organismului, accidentaţii putînd prezenta tulburări de respiraţie, de circulaţie, de înghiţit, vărsături etc. Avînd în vedere gravitatea acestor traumatisme se impune transportul cu maximum de urgenţă la unitatea medico-sanitară cea mai apropiată. În caz de traumatisme deschise se va pansa rana, fără a se aplica pansament compresiv, deoarece se pot produce comprimări pe substanţa cerebrală. Transportul bolnavului se face în poziţie culcat, evitîndu-se zdruncinăturile. Dacă prezintă vărsături accidentatul va fi culcat pe o parte pentru a nu se îneca cu lichidul vomitat.

Traumatismele toracelui

Traumatismele toracelui se împart în : *simple,* sau *uşoare,* care nu se însoţesc de tulburări respiratorii sau cardiace, şi *grave,* în care existenţa acestor tulburări pun în pericol viaţa accidentatului. Rana toracică nepenetrantă, determinată de o tăiere, lovire sau împunsătură, se tratează ca orice rănire simplă, cu recomandarea de a transporta totuşi bolnavul pentru control la o unitate medicală. În contuzia toracică simplă, accidentatul acuză dureri în regiunea respectivă fără a prezenta tulburări de respiraţie.

Rupturile muşchilor toracelui se manifestă prin durere şi apariţia unei adîncituri la locul respectiv, determi-

Scanned with OKEN Scanner

nată de retracţia porţiunilor rupte. Accidentatul se imobilizează provizoriu şi se transportă la spital.

Traumatismele toracice însoţite de tulburări cardiorespiratorii pot trăda afectarea unor organe : plămînii, inima, vasele mari de sînge (artera aortă, arterele pulmonare etc.). Între cele două pleure — foiţele care învelesc plămînul — se poate aduna sîngele revărsat, dînd ceea ce se numeşte un *hemotorax*. Dacă pătrunde aer se realizează un *pneumotorax*. În ambele situaţii apar tulburări grave în funcţia respiratorie. Rupturile vaselor mari de sînge duc la hemoragii abundente, uneori fulgerătoare. Se înţelege că atingerea inimii constituie un pericol deosebit de mare. Accidentatul va fi aşezat în poziţia cea mai convenabilă, în care respiraţia este mai uşoară. Este de preferat ca transportul la spital să se facă numai cu avizul şi în prezenţa medicului.

Traumatismele abdominale

Traumatismele abdominale se împart în contuzii şi răni. Contuziile prezintă mare gravitate, deaorece pot determina leziuni ale organelor interne (rupturi de ficat sau splină, însoţite de hemoragii mari, rupturi de stomac şi de intestine însoţite de peritonită). Rănile pot fi *nepenetrante* sau *penetrante*. Acestea din urmă se pot însoţi de apariţia unor organe în plagă. În caz de răni simple, nepenetrante, se aplică un pansament obişnuit, iar în caz de răni penetrante, un pansament cu comprese de tifon îmbibat în ser fiziologic călduţ (apă fiartă şi răcită, conţinînd o linguriţă de sare la 1 litru). Unui traumatizat abdominal nu i se va da nimic pe cale bucală (alimente sau medicamente). Gravitatea acestor traumatisme necesită transportul de urgenţă la spital.

Prevenirea şocului traumatic

Şocul este o stare gravă a organismului, determinată de unele acţiuni violente exercitate asupra lui. Pe primul plan stau tulburările funcţiilor circulatorii. În producerea şocului, un rol important revine dereglărilor din sistemul nervos central. Apariţia şocului este favorizată de hemoragie, durere intensă, frig, surmenaj etc. Accidentatul în stare de şoc se prezintă apatic, indiferent, răspunde greu la întrebări. Pielea ia o culoare galbenă-pămîntie şi se acoperă de sudoare rece, mîinile şi picioarele se răcesc, pulsul este slab şi rapid. Pentru prevenirea şocului se iau următoarele măsuri : oprirea rapidă a hemoragiilor, înlăturarea durerii, învelirea accidentatului şi încălzirea lui prin diferite mijloace (sticle cu apă caldă sau cărămizi calde la extremităţi), crearea unei atmosfere de calm şi încredere, acordarea primului ajutor cu rapiditate şi blîndeţe pentru a nu accentua suferinţa.

Şocul termic şi insolaţia

Organismul omului are proprietatea de a-şi menţine constantă temperatura, indiferent de variaţia acesteia în mediul înconjurător. Acest lucru se realizează printr-o serie de mecanisme fiziologice, care în totalitate realizează procesul de *termoreglare*. Dacă temperatura mediului creşte însă peste anumite limite, mecanismele de termoreglare sînt depăşite

Scanned with OKEN Scanner

și apar o serie de tulburări, cunoscute sub numele de *șoc termic*. O formă a șocului termic este *insolația*. În producerea sa contează în primul rînd expunerea prelungită și fără protecție a capului la radiațiile solare. Accidentatul acuză dureri de cap, amețeli, ochii i se împăienjenesc, fața se congestionează, respirația devine zgomotoasă, pulsul slab și rapid, uneori are vărsături. Bolnavul este dus la umbră, i se desfac hainele, i se aplică comprese reci pe cap și piept și i se dă să bea lichide reci. Dacă prezintă tulburări respiratorii i se face rapid respirație artificială. În cazuri grave va fi transportat la cea mai apropiată unitate medico-sanitară.

Arsurile

Arsurile pot fi produse prin *căldură, agenți chimici* și *curent electric*. Căldura poate acționa sub formă de raze solare, flăcări, lichide fierbinți, gaze și vapori supraîncălziți, corpuri solide fierbinți. Dintre substanțele chimice pot provoca arsuri în special acizii (sulfuric, clorhidric) și soda caustică. Curentul electric provoacă arsuri prin transformarea lui în energie termică, datorită rezistenței opusă de țesuturi. Gravitatea arsurii este în funcție nu atît de profunzimea ei, cît de întinderea suprafeței arse. În cazul cînd cuprinde 30% din suprafața pielii corpului, gravitatea arsurii este foarte mare, iar la 50% moartea este aproape inevitabilă. Există trei grade de arsură: gradul I — pielea este roșie, umflată și dureroasă ; gradul al II-lea — apar bășici, numite flictene ; gradul al III-lea — se produce mortificarea sau chiar carbonizarea țesuturilor. Pe lîngă leziunile locale, arsurile se însoțesc de fenomene generale, uneori foarte grave, culminînd cu *șocul prin arsură*. Acestea se datoresc durerii violente de la locul arsurii și distrugerii pielii. De asemenea, din țesuturile distruse prin arsură se resorb produse toxice. Rezultă că accidentatul este expus unui pericol mare. Ca o primă măsură, accidentatul va fi culcat într-o cameră încălzită, i se vor da să bea lichide calde și dulci. Dacă arsurile sînt întinse va fi transportat de urgență la cea mai apropiată unitate medico-sanitară. În arsurile provocate de substanțele chimice, aceste substanțe vor fi îndepărtate prin spălare cu apă care va conține bicarbonat în caz de arsuri cu acizi, sau oțet în caz de arsuri cu substanțe bazice (sodă caustică).

Tratamentul local al arsurilor puțin întinse se poate acorda și în familie sau la locul de muncă. În *arsurile de gradul I* se pot aplica unguent sulfamidat, jecolan sau alcool medicinal. În arsurile de gradul al II-lea nu se vor sparge flictenele (bășicile). Se aplică numai un pansament steril. Dacă flictenele s-au spart totuși, se aplică un pansament steril cu pulbere de sulfamidă sau se tamponează de cîteva ori cu acid tanic soluție 2,5%. Se formează o crustă care împiedică resorbirea de toxine, pierderea de proteine plasmatice și pătrunderea microbilor. În *arsurile de gradul al III-lea* se aplică un pansament steril și accidentatul se transportă de urgență la unitatea medico-sanitară. Este interzis a se aplica pe suprafața arsă gheață, untdelemn sau alte substanțe.

Scanned with OKEN Scanner

Degerăturile

Prin degerături se înțeleg tulburările locale și generale produse prin acțiunea frigului asupra țesuturilor. Frigul acționează prin două modalități : prin modificări în protoplasma celulară și prin tulburări în circulația sîngelui (constricții vasculare), care se reflectă asupra țesuturilor. Sub acțiunea frigului se produc și tulburări ale sistemului nervos, care explică somnolența degeratului și uneori starea de șoc. Prin analogie cu arsurile, degerăturile sînt clasificate tot în trei grade : *gradul I* — pielea se înroșește ; *gradul al II-lea* — apar vezicule ; *gradul al III-lea* — apar modificări pînă la gangrenă. Primul ajutor constă în încălzirea treptată a degeratului. Încălzirea bruscă poate determina o vasodilatație intensă, cu stare de colaps și moarte. Încălzirea treptată se face într-o cameră cu temperatura puțin peste zero grade sau într-o baie rece generală, încălzită treptat. Dacă bolnavul poate să bea i se vor da lichide reci, apoi după ce își recapătă temperatura normală i se pot da lichide calde.

Măsuri locale. În degerăturile de gradul I se pot face fricții cu zăpadă sau băi locale reci, încălzite treptat. În degerăturile de gradul al II-lea și al III-lea se va aplica un pansament steril și accidentatul va fi transportat de urgență la spital.

Electrocutarea

Accidentele determinate de curentul electric au o mare importanță din cauza gravității lor. Se apreciază curentul alternativ a fi de 3—5 ori mai periculos decît cel continuu. Efectele dăunătoare ale curentului electric sînt în funcție de puterea și intensitatea acestuia (voltaj, amperaj), de timp și de drumul pe care-l parcurge în corpul omenesc. Curentul de 70—120 volți poate provoca moartea prin oprirea inimii. Între 120 și 220 volți poate determina alterări ale centrilor nervoși ai respirației și moartea consecutivă. Peste 240 volți, moartea se poate produce prin amîndouă mecanismele (oprirea inimii și respirației). În privința intensității, la 25 amperi se produc contracturi musculare iar la 50 amperi poate surveni moartea prin oprirea inimii. Este important de reținut că trecerea curentului numai prin membrele inferioare este mai rar fatală, în timp ce trecerea lui prin membrele superioare sau torace (mai aproape de inimă) determină frecvent accidente grave. Pe lîngă oprirea inimii sau a respirației, curentul electric produce și leziuni locale (arsurile electrice). Din cele arătate rezultă că electrocutarea poate îmbrăca mai multe forme:

— electrocutarea cu păstrarea cunoștinței, forma cea mai ușoară și care nu lasă urmări ;

— electrocutarea cu pierderea cunoștinței, dar cu păstrarea circulației și respirației ; aceasta poate lăsa sechele nervoase (paralizii sau tulburări psihice) ;

— electrocutarea cu oprirea respirației, inima continuînd încă să funcționeze ;

— electrocutarea cu oprirea simultană a respirației și a inimii.

Intervenția în caz de electrocutare urmărește : 1) scoaterea electrocutatului de sub tensiunea electrică ; 2) acordarea primului ajutor.

Scanned with OKEN Scanner

Scoaterea de sub tensiune se realizează *prin întreruperea curentului*, avînd grijă de a preveni căderea accidentatului, dacă acesta este la înălțime, și prin îndepărtarea accidentatului de conductorul electric. Nu trebuie atinsă pielea, deoarece fiind bună conducătoare de electricitate, transmite curentul. Accidentatul va fi tras de poalele hainei sau cu ajutorul unei frînghii uscate. Dacă avem mănuși de cauciuc le vom folosi pentru a-l apuca direct pe accidentat. *Scurtcircuitarea* constă în descărcarea curentului în pămînt prin intermediul unui fir metalic aruncat peste rețea, celălalt capăt fiind fixat în pămînt.

Primul ajutor se aplică în funcție de efectul electrocutării. În forma în care sînt păstrate cunoștința și funcțiile vitale, electrocutatul va sta în repaus cîteva ore și va fi supravegheat. În forma în care accidentatul și-a pierdut cunoștința el va fi transportat într-o cameră liniștită și bine ventilată. I se fac masaje și este învelit cu cearșafuri calde. Fiind vorba de o formă mai gravă se impune a fi transportat la unitatea medicosanitară. În cazul cînd s-a produs oprirea respirației se va aplica cu maximum de urgență respirația artificială, fără întrerupere, pînă la sosirea medicului. Respirația artificială va fi continuată tot timpul transportului spre spital, dacă accidentatul nu-și revine. În forma în care s-a produs și oprirea inimii, se vor institui atît respirația artificială, cît și masajul cardiac, așa cum sînt descrise în paginile ce urmează. Leziunile locale vor fi pansate corect pentru a le proteja de infecție, dar pansarea se lasă totdeauna pe planul al doilea în raport cu respirația artificială și masajul cardiac. În cadrul electrocutării se situează și accidentul determinat de descărcarea electrică prin trăsnet. Primul ajutor în caz de lovitură de trăsnet constă în așezarea accidentatului într-un loc ferit și aplicarea respirației artificiale susținute (eventual și a masajului cardiac).

Intoxicațiile acute

Substanțele toxice se prezintă sub formă gazoasă, lichidă și solidă. Pătrunderea lor în organism se poate face pe cale respiratorie, digestivă sau cutanată. Intoxicațiile sînt voluntare, involuntare și accidentale.

Cele accidentale, a căror cauză o constituie neglijența în păstrarea și manipularea toxicelor, pot surveni în diferite sectoare de activitate : în industrie, agricultură, sectorul alimentar, în gospodărie.

În special substanțele insectofungicide, folosite în agricultură pe scară largă, impun o atenție deosebită. Și unele medicamente, cînd sînt luate în cantități mari, își pot manifesta acțiunea lor toxică. Astfel, cantități mari de luminal provoacă o intoxicație gravă, care poate fi chiar mortală. În funcție de felul și cantitatea substanței toxice, accidentatul poate prezenta tulburări de gravitate variabilă, mergînd pînă la comă (stare în care organismul nu reacționează la excitații externe) sau pînă la modificări grave ale funcțiilor respiratorii și circulatorii.

Primul ajutor în intoxicațiile acute trebuie să urmărească îndepărtarea și neutralizarea toxicului și susținerea funcțiilor vitale.

Scanned with OKEN Scanner

Îndepărtarea toxicului

Aceasta se realizează :

— în intoxicațiile cu substanțe gazoase, prin scoaterea accidentatului din mediul toxic ;

— în intoxicațiile în care toxicul a pătruns pe cale digestivă, prin golirea rapidă a stomacului ; golirea stomacului se obține fie prin provocarea de vărsături, fie prin spălătură gastrică.

Vărsăturile pot fi provocate prin apăsarea, cu coada unei linguri, a peretelui posterior al faringelui (fundul gîtului), stîrnind astfel reflexul de vărsătură ; prin administrarea unui pahar cu apă caldă și sărată sau cu apă caldă în care s-a pus o linguriță de praf de muștar.

Spălătura gastrică constă în introducerea în stomac a unui tub de cauciuc prin care se toarnă o cantitate de apă călduță, de obicei amestecată cu pulbere de cărbune medicinal. Apa se elimină prin sifonaj. Turnînd mereu cîte 400—500 mililitri apă și mobilizînd tubul realizăm clătirea stomacului. La sfîrșit se vor introduce în stomac 30—40 grame cărbune și 30 grame sulfat de magneziu. Spălătura gastrică trebuie să fie făcută numai de personal medical calificat. Spălătura gastrică nu se va face dacă accidentatul este inconștient ; de asemenea, în intoxicațiile cu baze sau acizi (sodă caustică sau acid clorhidric etc.), deoarece arsura chimică creează pericolul perforației gastrice.

Neutralizarea toxicului

Constă în administrarea de substanțe care se combină cu substanța toxică și o face inofensivă. În cadrul primului ajutor se recomandă a fi folosite următoarele substanțe :

— *albumina,* sub formă de albuș de ou care se combină cu toxicul, împiedicînd absorbția sa intestinală; se folosesc 4 albușuri la 1 litru apă ; se administrează cîte 100 ml ;

— *magnezia calcinată,* în special în intoxicațiile cu acizi ; se dă o suspensie de 30—40 g la 1 litru de apă, 1/2 pahar ;

— *„antidotul universal"* care conține : oxid de magneziu și acid tanic cîte o parte și cărbune două părți ; se dau 15 g amestecate cu apă, sub forma unei paste subțiri.

Susținerea funcțiilor vitale

În caz de tulburări respiratorii se va institui rapid respirația artificială. Tulburările circulatorii se combat prin așezarea bolnavului cu capul mai jos decît trunchiul, făcîndu-se totodată încălzirea extremităților.

Primul ajutor în cîteva intoxicații

Intoxicația cu sodă caustică provoacă răni ale buzelor, gurii, esofagului și stomacului. Rănirea esofagului are o gravitate deosebită, deoarece prin cicatrizare se formează stricturi (îngustări) ale acestuia, care pot duce pînă la imposibilitatea alimentării. Nu se face spălătură gastrică și nu se provoacă vărsături. Accidentatului i se dă să bea oțet diluat. În lipsa acestuia i se dă lapte amestecat cu 3—4 ouă crude. Va fi transportat la spital de urgență.

Intoxicația cu alcool apare mai ușor la copii. Ingerarea unei cantități mari de băuturi alcoolice poate duce la intoxicație acută. Intoxicatul prezintă tulburări care pot merge pînă la coma alcoolică. Întrucît alcoolul se resoarbe repede și bolnavul este inconștient, nu se face spălătură gastrică. În caz de tulburări respiratorii se face respirație artificială. Accidenta-

tul trebuie transportat urgent la spital.

Intoxicaţia cu ciuperci. Ciupercile otrăvitoare conţin diferite substanţe toxice care nu sînt distruse prin prepararea culinară. Semnele intoxicaţiei cu ciuperci sînt : dureri abdominale, greţuri, vărsături, scaune diareice, uneori cu sînge, tulburări nervoase şi psihice (agitaţie, somnolenţă, comă), tulburări circulatorii. Se vor provoca vărsături. Se vor lua măsurile cunoscute în caz de alterări ale funcţiilor de respiraţie şi circulaţie.

Intoxicaţia cu oxid de carbon. Oxidul de carbon este un gaz produs prin arderi incomplete. El pătrunde în sînge prin respiraţie şi se combină cu hemoglobina globulelor roşii, împiedicînd transportul oxigenului. Accidentatul acuză dureri de cap, ameţeli, greţuri, apoi vărsături. Începe să respire greu, devine agitat şi în final ajunge la starea de comă. Prima grijă este scoaterea accidentatului din mediul toxic. În caz de tulburări respiratorii se face respiraţie artificială, accidentatul fiind transportat neîntîrziat la spital.

Intoxicaţia cu insectofungicide. Aceste substanţe se mai numesc pesticide şi sînt utilizate contra dăunătorilor din agricultură. Cele mai periculoase dintre acestea sînt derivaţii organofosforici, în special *parationul,* substanţă larg întrebuinţată şi cunoscută sub numele greşit de verde de Paris. Verdele de Paris este tot un pesticid, şi anume acetoarseniatul de cupru.

Parationul este un toxic foarte puternic, care poate pătrunde în organism pe toate cele trei căi : digestivă, respiratorie şi cutanată. Semnele intoxicaţiei apar după o perioadă de latenţă de la cîteva minute la 2—3 ore. Accidentatul acuză dureri de cap, tulburări de mers, tulburări oculare (pupila devine mică, fenomen numit mioză), greţuri, vărsături, dureri abdominale ; se produc paralizii ale musculaturii respiratorii. În caz de intoxicaţii pe cale cutanată sau prin inhalare, intoxicatul se dezbracă rapid şi se spală pe tot corpul cu apă şi săpun ; săpunul, prin alcalinitatea sa distruge toxicul. În intoxicaţiile pe cale digestivă se provoacă vărsături sau se face spălătură gastrică. Se susţin funcţiile vitale. Ca antidot se foloseşte atropina în injecţii. Intoxicatul se transportă cu maximum de urgenţă la spital.

Acetoarseniatul de cupru (verdele de Paris) are ca element toxic arsenicul. Intoxicaţia cu această substanţă se manifestă prin dureri abdominale, vărsături, diaree, dureri de cap. Ca prim ajutor se provoacă vărsături şi se administrează cărbune sau magnezie calcinată.

Intoxicaţia cu luminal şi somnifere. Fenomenele toxice apar la ingestia unor cantităţi mari de substanţă, moartea putînd surveni la cantităţi de 10 ori mai mari decît doza terapeutică. După o perioadă de latenţă apar tulburări de comportament, halucinaţii, uneori agitaţie, apoi se instalează coma. Dacă bolnavul este conştient şi nu a trecut mult timp de la ingestia toxicului se poate face evacuarea stomacului. Se susţin funcţiile vitale, accidentatul fiind transportat la spital.

Tulburări cardiorespiratorii cu caracter de urgenţă

Oxigenul este un element indispensabil tuturor celulelor şi ţesuturilor din organism. Lipsa lui duce la alterări celulare grave, care se pot solda cu moartea.

Aparatul respirator primeşte oxi-

Scanned with OKEN Scanner

genul, care apoi este transportat către ţesuturi de aparatul circulator. Se înţelege deci că încetarea respiraţiei sau a circulaţiei are repercusiuni grave asupra aprovizionării organismului cu oxigen, orice tulburare în aceste funcţii impunînd ajutorul de urgenţă.

Stopul respirator

Tulburări respiratorii cu caracter de urgenţă apar, de exemplu, în următoarele situaţii :

Căderea limbii în fundul gîtului. Acest accident se produce la persoane în stare de inconştienţă (sub narcoză, beţie etc.). Cînd musculatura corpului îşi pierde tonicitatea, maxilarul inferior cade înapoi, antrenînd şi căderea limbii, care se lipeşte de peretele posterior al faringelui. Aceasta duce la blocarea căilor respiratorii. Primul ajutor constă în efectuarea mişcării de hiperextensiune a capului, adică ducerea capului cu tracţiunea înainte şi în sus a maxilarului inferior. Acest lucru se face culcînd bolnavul cu faţa în sus şi îndoind capul pe spate prin apăsarea pe frunte şi ridicarea de ceafă. În acest fel se realizează dezlipirea limbii de fundul gîtului.

Înecul. În acest accident, apa pătrunde în căile respiratorii, pe care le inundă. Accidentatul scos din apă este pus în poziţie verticală, cu capul în jos, pentru a evacua apa din căile respiratorii. După aceasta se face respiraţie artificială susţinută.

Pătrunderea de corpi străini în căile respiratorii. Cînd corpii sînt de dimensiuni mici (mărgele, boabe de cereale, fasole etc.) pot pătrunde prin laringe şi trahee pînă într-o bronhie. Accidentatul prezintă tuse puternică şi senzaţie de sufocare, ceea ce impun transportarea lui de urgenţă la un serviciu medical de nas-gît şi urechi, pentru scoaterea corpului străin. Corpii străini de dimensiuni mari se opresc în laringe sau trahee, determinînd accidente mai grave. Dacă corpul străin s-a oprit în fundul gîtului, se va încerca extragerea lui. Cînd este situat în laringe sau trahee se vor încerca mobilizarea şi expulsia lui prin lovituri cu palma în regiunea cefei. Se impune transportarea cu maximum de urgenţă la spital.

Respiraţia artificială

În caz de oprire a respiraţiei, determinată de diferite cauze, în afară de corpuri străine solide, se va institui imediat respiraţia artificială.

Oprirea respiraţiei se traduce prin absenţa mişcărilor inspiratorii şi expiratorii ale toracelui. Pentru precizarea fenomenului de oprire a respiraţiei se foloseşte următoarea metodă : se ţine în dreptul gurii şi nasului accidentatului o foiţă de hîrtie sau tifon. Dacă se observă mişcări ale acestora înseamnă că respiraţia nu este oprită.

Respiraţia artificială se realizează prin metode directe şi indirecte. Din prima categorie fac parte procedeele gură la gură şi gură la nas.

Respiraţia gură la gură constă în introducerea prin insuflare a aerului expirat de salvator în căile respiratorii şi plămînii accidentatului. Se procedează astfel : salvatorul trage aer mult în piept, apoi se apleacă asupra accidentatului, cuprinzînd în gura sa gura acestuia şi îi insuflă aerul acumulat în proprii săi plămîni. Concomitent îi astupă nasul, prinzîndu-l între două degete. După aceea ridică capul, lăsînd liberă gura accidentatului. Expiraţia acestuia se face pasiv, căci plămînii destinşi prin

Scanned with OKEN Scanner

insuflarea forţată, datorită elasticităţii lor, îşi micşorează volumul, expulzînd aerul. Insuflaţia se execută cu un ritm de 12—14 ori pe minut. Metoda nu reuşeşte decît dacă capul victimei este dat mult pe spate.

Respiraţia gură la nas se efectuează în acelaşi fel, numai că transmiterea aerului din plămînul salvatorului spre plămînii accidentatului se face prin nasul acestuia.

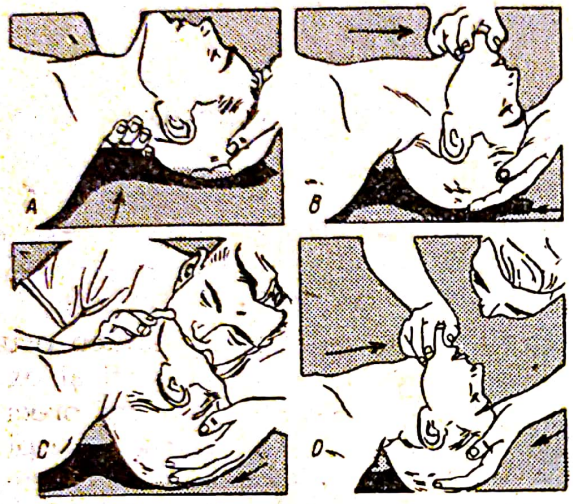


Fig. 140. — Respiraţia gură la gură: A — extensia capului; B — deschiderea gurii prin lăsarea în jos a maxilarului inferior; C, D — insuflaţie şi expiraţie.

Aceste procedee directe au avantajul că realizează introducerea unei cantităţi suficiente de aer în plămînii accidentatului. Dezavantajele de ordin igienic pot fi remediate făcîndu-se insuflarea prin intermediul unui tifon sau al unei batiste.

Cînd oprirea respiraţiei este însoţită şi de oprirea bătăilor inimii, se va aplica concomitent masajul cardiac extern după tehnica descrisă mai departe.

Metode indirecte. Cînd metodele directe nu pot fi folosite din diferite cauze (răni ale feţei etc.) se trece la folosirea metodelor indirecte. Principiul acestor metode constă în modificarea sistematică şi ritmică a volumului cutiei toracice. Aceasta se realizează prin efectuarea de compresiuni asupra toracelui, urmate de ridicarea amplă a membrelor superioare.

Stopul cardiac

Oprirea inimii se produce ca o consecinţă a opririi respiraţiei sau independent de aceasta. Inima, ca orice ţesut viu, pentru a-şi desfăşura activitatea are nevoie de oxigen. Rezultă că prin oprirea respiraţiei inima nu-şi mai poate desfăşura activitatea.

Alte cauze care pot determina oprirea inimii:

— acţiunea curentului electric (electrocutare) asupra inimii;

— lovituri puternice aplicate în regiuni bogate în terminaţii nervoase (cum sînt gîtul şi abdomenul), cînd oprirea inimii este rezultatul unor mecanisme reflexe.

Oprirea inimii se constată prin absenţa pulsului, culoarea albastră a degetelor şi buzelor, iar cînd accidentatul are şi răni se constată lipsa sîngerării. Este deosebit de important faptul că după oprirea respiraţiei sau a circulaţiei, moartea nu se instalează imediat, *ci după o perioadă de 4—6 minute*. Numai folosind acest interval pentru acordarea măsurilor de prim ajutor putem salva viaţa accidentatului.

Masajul cardiac

În caz de oprire accidentală a inimii se va efectua masajul cardiac. Acesta este de două feluri: intern, care se face după deschiderea cutiei toracice — bineînţeles în sala de operaţii — şi extern, pe care-l folosim în cadrul primului ajutor. Principiul masajului cardiac extern este următorul: prin exercitarea unei pre-

Scanned with OKEN Scanner

siuni asupra peretelui toracic în dreptul inimii se produce o comprimare a acestui organ. Inima, neputîndu-se deplasa, va expulza sîngele pe care-l conţine. O dată cu încetarea apăsării, inima se destinde şi se umple din nou cu sînge. Aceste compresiuni ritmice pot asigura o circulaţie suficientă pentru aprovizionarea cu sînge a principalelor organe şi în special a creierului, care este cel mai în suferinţă în astfel de cazuri. Bolnavul va fi culcat pe spate, pe o suprafaţă dură (pămînt, scîndură, masă). Salvatorul apasă cu palmele suprapuse treimea inferioară a sternului (osul pieptului) executînd presiuni asupra pieptului în ritmul de 60 pe minut. Masajul cardiac se efectuează pînă la reluarea activităţii inimii. Se consideră însă că dacă după 45 de minute inima nu a reînceput să bată, masajul cardiac nu mai dă rezultate. În acest interval de timp va fi solicitat de urgenţă medicul.

Trebuie să menţionăm că masajul cardiac şi respiraţia artificială se aplică numai persoanelor la care oprirea mişcărilor inimii şi a respiraţiei s-a produs în plină sănătate, ca urmare a unei cauze survenite brusc.

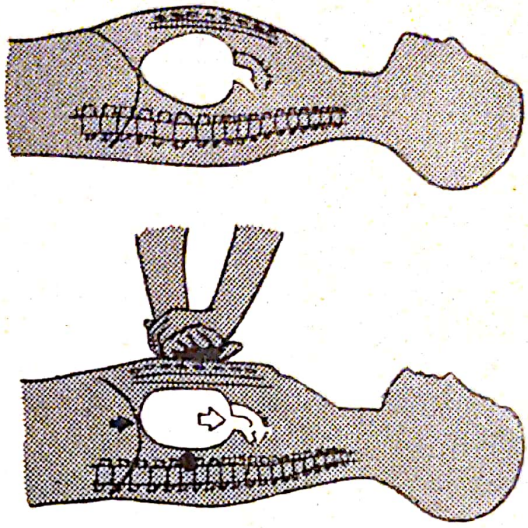


Fig. 141. — Efectele asupra inimii ale masajului cardiac extern.

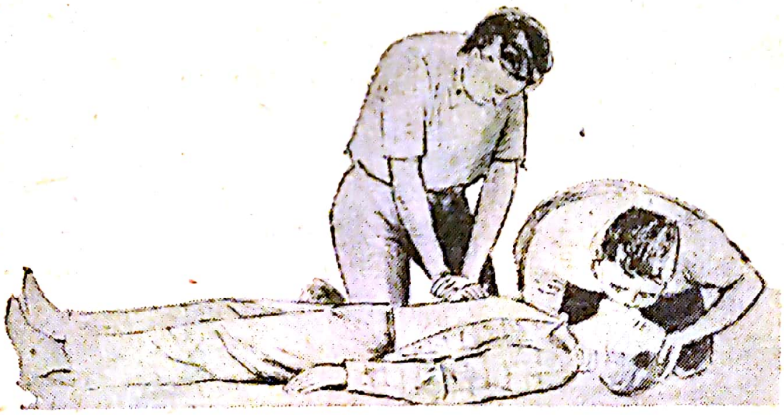


Fig. 142. — Respiraţia gură la gură şi masaj cardiac extern executat concomitent de 2 salvatori.

La persoanele la care oprirea inimii s-a produs după o boală lungă care a epuizat acest organ, masajul cardiac nu dă rezultate. De aceea nu se va aplica masajul cardiac la persoanele înaintate în vîrstă sau suferinde de inimă.

Scanned with OKEN Scanner

Durerile abdominale violente

Durerile abdominale violente pot fi provocate de un număr mare de boli. În unele dintre acestea, ca apendicita acută, peritonita acută, ulcerul gastro-duodenal perforat sau sarcina extrauterină ruptă, este necesară intervenţia chirurgicală de urgenţă.

Crize dureroase abdominale pot apărea şi în boli ca litiaza biliară (eliminarea unei pietre prin căile biliare), litiaza renală (angajarea unei pietre în ureter). La copii, dureri abdominale violente pot fi determinate, pe cale reflexă, de o boală acută pulmonară (pneumonia) sau chiar de amigdalita acută. În faţa unui bolnav care prezintă dureri abdominale violente se procedează astfel : bolnavul va fi pus la pat, alimentaţia se va suspenda sau se vor da cantităţi mici de lichid rece (ceai). *Nu se administrează purgative,* deoarece pot provoca accidente grave, cum ar fi perforarea apendicelui, în caz de apendicită. Nu se vor administra calmante, pentru că acestea pot masca unele simptome. Se impune solicitarea asistenţei medicale cu maximă urgenţă.

Înghiţirea corpilor străini

Aceste accidente se produc în special la copii. Pot fi înghiţite corpuri diferite, dintre care unele ascuţite cum ar fi acele sau cuiele. Corpii străini fără ascuţiş (monezi, nasturi, mărgele) nu prezintă un pericol prea mare, neputînd răni mucoasele digestive. În schimb, corpurile ascuţite pot produce anumite complicaţii. Din fericire, corpurile străine sînt eliminate, de obicei, după 48—72 de ore, prin scaun. Pentru a uşura progresiunea corpului străin ascuţit în tubul digestiv şi a proteja mucoasa se va administra sparanghel sau praz. În lipsa lor se pot da bucăţele mici de vată înmuiate în lapte. Corpul străin înghiţit trebuie căutat în scaun pînă la eliminare.

Muşcătura de şarpe

La noi în ţară, vipera este singurul şarpe veninos şi se găseşte mai frecvent în regiunile Banat şi Oltenia. Acesta este un şarpe lung de 40—50 cm, care are pe spate un desen în zigzag. Acţiunea veninului său se manifestă prin fenomene locale şi generale. Cele locale constau în durere intensă, umflarea regiunii şi a ganglionilor limfatici din teritoriul respectiv (în axilă pentru membrul superior şi în regiunea inghinală pentru membrul inferior). Tulburările generale apar după o perioadă de cîteva ore şi constau în dureri mari de cap, temperatură ridicată, vărsă-

Scanned with OKEN Scanner

turi, diaree, tulburări la înghițit și tulburări de respirație. Primul ajutor începe prin îndepărtarea veninului și împiedicarea absorbției sale. Se recomandă sugerea locului mușcăturii de către o persoană care nu are răni pe buze și în gură. Nu se recomandă arderea rănii cu fierul înroșit, deoarece prin coaja care se formează se împiedică eliminarea veninului și a secrețiilor rănii. Pentru împiedicarea absorbției veninului se va aplica deasupra rănii o legătură strînsă care se va menține timp de 1 oră—1 oră și jumătate. Accidentatul trebuie transportat de urgență la spital, unde i se face ser antiviperin.

Scanned with OKEN Scanner

CU UN MIC PLUS DE ATENȚIE NE APĂRĂM DE ACCIDENTELE CARE POT SURVENI CHIAR LA NOI ACASĂ

Situații ca acestea:	Pot duce ușor la:
● Curățatul cu benzină sau neofalină în casă, cu ferestrele închise.	● Intoxicație, explozie, arsuri grave, incendiu.
● Tolerarea unor defecte cît de mici la aragaz sau sistemul de încălzit cu gaze naturale, lăsarea gazului aprins la plecarea de acasă și orice alte nerespectări ale instrucțiunilor privind folosirea acestor instalații.	● Intoxicație, explozie, arsuri grave, incendiu.
● Aprinderea unui chibrit, fumatul în timpul curățirii unghiilor cu acetonă sau al manupulării altor substanțe inflamabile.	● Arsuri.
● Copil mic în apropierea oalei cu apă fierbine.	● Arsuri grave.
● Utilizarea de substanțe chimice contra dăunătorilor plantelor (gen „verde de Paris") pentru distrugerea insectelor din locuință.	● Intoxicație extrem de gravă, chiar mortală.
● Substanțe chimice diverse, medicamente, cosmetice lăsate la îndemîna copiilor sau păstrate la un loc cu alimentele.	● Intoxicații grave.
● Fire electrice cu izolarea defectă.	● Electrocutare.
● Efectuarea de reparații la instalația electrică (prize, tablou etc.) fără a avea calificarea pentru astfel de operații.	● Electrocutare.
● Atingerea cu mîna udă a prizelor, comutatoarelor și aparatelor electrice.	● Electrocutare.
● Neglijarea legării la pămînt, prin cablul special, a mașinii electrice de spălat rufe.	● Electrocutare.
● Joaca copilului, nesupravegheat, cu obiecte ascuțite, tăioase, nasturi, sîmburi, monede, boabe de fasole sau de porumb etc.	● Tăieturi, corpi străini în urechi, în căile respiratorii și digestive.
● Defecte ale scărilor: trepte tocite, încărcate cu diferite obiecte, scări neluminate, zăpadă sau polei pe scările exterioare.	● Căderi, fracturi, luxații, entorse.
● Folosirea unei scări defecte, neasigurate, sau urcarea pe un scaun șubred și care joacă.	● Cădere gravă.
● Covor îndoit, făcut sul, plăci de parchet care ies în afară.	● Împiedicări, căderi.
● Lame de ras, ace, andrele și alte asemenea lăsate amestecate cu diferite obiecte prin sertare.	● Tăieturi, înțepături.
● Grabă, lipsă de atenție la efectuarea unor treburi casnice, ca: trecerea cărnii prin mașină, deschiderea unei cutii de conserve, frecatul vaselor cu un burete de sîrmă defect, curățatul legumelor, baterea unui cui etc.	● Răniri ale mîinilor.
● Strîngerea cioburilor de pe jos cu mîna, în loc de a folosi mătura și fărașul.	● Tăieturi cu risc crescut de infecție.
● Ace cu gămălie uitate pe jos.	● Înțepături ale picioarelor, care se infectează ușor.
● Îndepărtarea cu mîna a prafului de pe mese sau de pe diferite alte obiecte de lemn.	● Pătrunderea de așchii în piele, panariții.
● Ghivece cu flori instalate defectuos la fereastră.	● Traumatisme craniene la trecători.

Scanned with OKEN Scanner

21

Medicamentele

- Categorii de medicamente . . 393
- Administrarea medicamentelor . 395
- Măsuri simple pentru dozare . . 396
- Momentul cel mai propice pentru administrare 396
- Folosirea nerațională a medicamentelor 397
- Păstrarea medicamentelor . . 399
- „Farmacia de casă" 400
- Trusa de excursie 404
- Plantele medicinale 404
  - Recoltarea plantelor medicinale 405
  - Uscarea plantelor medicinale . 408

Categorii de medicamente

Medicamentele continuă să ocupe un loc de frunte în terapeutica modernă. Numim medicament orice substanță care se administrează în mod preventiv sau care se prescrie bolnavului cu scopul de a produce vindecarea sau ameliorarea suferinței lui.

După acțiunea lor asupra organismului, medicamentele sînt de mai multe feluri :

Medicamentele antinevralgice, înzestrate cu proprietatea de a calma sau de a suprima durerea : Pyran (piramidon), aspirină, antinevralgic, Valin, Antidoren.

Medicamentele antipiretice, cu rolul de a combate temperatura : chinina, antipirina, Pyranul și aspirina sau produsul Acalor (tablete sau supozitoare).

Hipnoticele sau somniferele provoacă un somn apropiat de cel normal : luminal, veronal, ciclobarbital, dormital. Trebuie întrebuințate cu multă atenție și numai după prescripția medicului.

Stupefiantele, numite și opiacee, au acțiune predominantă asupra sistemului nervos central, producînd adormire și suprimarea durerilor mari, cum ar fi durerile după operație. Medicamentele opiacee nu se administrează copiilor sau bătrînilor. Dintre produsele care se extrag din opiu, foarte folosită în medicină este morfina. Ea se administrează numai la recomandarea medicului și numai sub supravegherea acestuia. Codeina este mai puțin toxică decît morfina și are o acțiune de calmare a tusei.

Scanned with OKEN Scanner

Se folosește, de asemenea, după prescripția medicului.

Antispasmodicele (spasmoliticele) au rolul de a reduce sau de a face să înceteze spasmul unor organe, producînd astfel dispariția durerilor : papaverină, luminal, atropină.

Purgativele produc evacuarea intestinului sub formă de scaune apoase repetate, însoțite de ușoare contracții intestinale (uneori dureroase, colici) : sare amară, ulei de ricin, sabur. Se iau în caz de constipație.

Laxativele sînt purgative ușoare, cu efect mai lent, golind intestinul fără a provoca colici sau diaree : fenisan, laxatin, zeamă de prune.

Excitantele sistemului nervos : cafeină, camfor, pentetrazol. Cel mai cunoscut și mai agreabil stimulant rămîne tot cafeaua.

Excitantele secreției gastrice au rolul de a îmbunătăți digestia și de a stimula contracția musculaturii stomacului : tonicele amare, ceaiul de pelin.

Tonicele cardiace restabilesc contracțiile normale ale mușchiului cardiac : digitalină, strofantină, chinidină.

Diureticele produc eliminarea unei cantități crescute de urină : soluție glucozată, teobromină, infuzii diuretice din cozi de cireșe, mătase de porumb.

Expectorantele și calmantele tusei fluidifică secrețiile din bronhii și fac ca acestea să fie ușor eliminate de bolnav : floare de tei, ipeca, benzoat de sodiu, tablete expectorante. Pentru calmarea tusei se folosesc : bromoform, codeină, dionină.

Neutralizantele secreției gastro-intestinale (antiacide) au rolul de a neutraliza prisosul de acid din stomac : bicarbonat de sodiu, carbonat de calciu, oxid de magneziu, bismut, caolin.

Antidiareicele și constipantele au rolul de a micșora numărul scaunelor, în caz de diaree : bismut subnitric, cărbune, preparate cu opiu.

Vomitivele și antivomitivele. Medicamentele vomitive sînt cele care produc vărsături, precedate de greață : ipeca și apomorfină. Antivomitive sînt medicamentele care combat grețurile și vărsăturile : apa de melisă, apa de mentă, poțiunile cu novocaină și stovaină, propizin.

Hemostaticele sînt medicamente folosite în scopul opririi unei hemoragii. Cu acțiune hemostatică locală se întrebuințează antipirina în soluție și apa oxigenată. Pentru activarea coagulării sîngelui se administrează vitamina K și calciu, precum și extrase de trombocite. Dintre hemostaticele uterine cităm ergotina.

Sulfamidele sînt produse de sinteză care împiedică multiplicarea unor bacterii în organism. Se administrează pe cale orală (tablete), cu multă apă (și puțin bicarbonat de sodiu) sau sub formă injectabilă, intramuscular sau intravenos.

Antibioticele sînt substanțe antimicrobiene care inhibează multiplicarea germenilor sau îi distrug. Unele dintre ele au fost sintetizate în laborator. Mai cunoscute sînt : aureociclina, eritromicina, cloramfenicolul, penicilina, streptomicina. A recurge din proprie inițiativă la administrarea de antibiotice constituie o mare greșeală, deoarece ele pot produce și efecte nedorite, pe care un nespecialist nu le poate prevedea.

Hormonii sînt produse ale glandelor cu secreție internă. Cele mai importante glande cu secreție internă, ai căror hormoni se folosesc mai frecvent, sînt : hipofiza, tiroida, pancreasul, glanda suprarenală, ovarul și testiculul. Administrarea hormonilor fără indicații și control medical este contraindicată, deoarece

Scanned with OKEN Scanner

poate produce tulburări grave (în special, atenţie la dozele mari de foliculină).

Vitaminele sînt substanţe care ajung în organism o dată cu alimentele, atunci cînd raţia alimentară este echilibrată. Vitaminele se pot administra şi sub forma unor preparate farmaceutice, atunci cînd aportul lor prin hrană este insuficient sau cînd sînt prescrise ca medicamente.

Medicamentele cu acţiune asupra secreţiei şi excreţiei bilei (a fierei) : sulfatul de magneziu (sarea amară), care provoacă golirea vezicii biliare.

Medicamentele antianemice se dau atunci cînd numărul globulelor roşii din sînge scade, ele nemaifiind produse în cantităţi suficiente de măduva oaselor : fierul, extractul de ficat, arsenicul.

Administrarea medicamentelor

Medicamentele pot fi introduse în organism pe mai multe căi. Modul cel mai obişnuit de administrare a medicamentelor este calea bucală, aceasta fiind totodată cea mai comodă şi cea mai veche. Toate medicamentele administrate pe această cale se numesc interne, spre deosebire de medicamentele externe care se folosesc la suprafaţa corpului. Pielea absoarbe numai medicamentele care sînt solubile în grăsimile de pe suprafaţa ei, cum sînt pomezile şi linimentele (preparate grase întrebuinţate ca fricţii ale pielii). Medicamentele se mai pot administra şi pe cale respiratorie, sub formă de aerosoli. Substanţele medicamentoase folosite pe cale respiratorie pot fi : eucaliptolul, tinctura benzoe sau unele produse, cum ar fi preparatul Inhalant. Alte medicamente se introduc, sub formă de ovule sau supozitoare, în rect şi vagin.

O mare gamă de medicamente se administrează sub formă de injecţii în muşchi, în venă sau sub piele. Calea intravenoasă se foloseşte în cazul în care avem nevoie de o acţiune urgentă a medicamentului sau cînd substanţa medicamentoasă este caustică pentru ţesuturi, cum este cazul clorurii de calciu. Căile subcutanate şi intramusculare se folosesc pentru substanţele contraindicate a fi injectate direct în sînge, deoarece ar pune în primejdie viaţa bolnavului. De menţionat faptul că prin injecţiile făcute în condiţii de sterilizare incorectă se pot transmite anumite infecţii, mai ales hepatita epidemică. Injecţiile trebuie să fie executate numai de cadre medicosanitare calificate, deoarece sterilizarea se face după o anumită tehnică.

Medicamentele pătrunse în organism îşi exercită acţiunea un timp mai mult sau mai puţin îndelungat şi apoi se elimină. Ele se elimină îndeosebi prin intestin şi prin rinichi. Exemplu poate fi albastrul de metilen, care colorează urina în albastru. Unele medicamente se elimină mai repede şi prin urmare se pot administra mai des, iar altele se elimină mai greu şi de aceea se administrează mai rar, pentru a nu crea stări de intoxicaţie prin acumularea lor în organism. După cum căile de pătrundere a medicamentelor în organism sînt variate, tot aşa fiecare medicament se elimină într-un mod caracteristic, pe o anumită cale şi cu un anumit ritm. Iată un motiv în plus pentru ca medicamentul să fie recomandat de medic şi nu folosit la întîmplare.

Scanned with OKEN Scanner

Folosite în cantităţi mai mari decît cele prescrise, medicamentele pot avea efecte nedorite. Cantitatea cea mai mare dintr-un medicament, care se poate administra bolnavului fără să provoace tulburări, se numeşte doza maximă. Cînd medicamentul este administrat în cantităţi care depăşesc doza maximă, el poate provoca fenomene de intoxicaţie. Deoarece doza maximă este foarte apropiată de doza toxică, cu care uneori aproape se confundă, medicamentul trebuie folosit numai după indicaţia medicului, care poate aprecia doza terapeutică (atît cît este necesar pentru a fi folositor, fără să dăuneze bolnavului). Fiecare medicament are o doză terapeutică şi o doză toxică.

Ţinînd seama de faptul că la bătrîni funcţiile de excreţie (eliminare) sînt mai scăzute, medicamentele li se administrează în doze reduse. De asemenea, cei bolnavi de rinichi, care urinează puţin, sînt mai expuşi la intoxicaţiile cu medicamente. Copilul este foarte sensibil şi reacţionează mult mai rapid şi mai intens la unele medicamente decît adultul. În raport cu doza folosită de omul adult, copiilor li se administrează medicamente în cantitate mai mică şi în mod fracţionat. Administrarea medicamentelor la copii se face numai după sfatul medicului pediatru, deoarece la stabilirea dozelor, acesta ţine seama de o serie de factori, ca vîrsta copilului, greutatea acestuia etc.

Măsuri simple pentru dozare

Uneori, pentru măsurarea medicamentului administrat la patul bolnavului putem folosi mijloace simple, cum ar fi lingura, linguriţa, ceaşca de cafea, paharul, vîrful de cuţit. Aceste măsuri simple au aproximativ următoarele capacităţi :

— o linguriţă conţine aproximativ 5 grame apă, 6,5 grame sirop, 4,5 grame ulei ;

— o lingură de desert conţine aproximativ 10 grame apă ; 13 grame sirop, 9 grame ulei ;

— o lingură de supă conţine aproximativ 15 grame apă ; 20 grame sirop ; 13,5 grame ulei ;

— o ceaşcă de cafea conţine aproximativ 50 mililitri lichid ;

— un pahar de vin conţine aproximativ 100 mililitri lichid ;

— un pahar de apă conţine aproximativ 200 mililitri lichid ;

— un gram de soluţie apoasă conţine aproximativ 20 de picături ;

— un gram de soluţie alcoolică conţine aproximativ 60 de picături ;

— un gram de soluţie uleioasă conţine aproximativ 45—50 de picături ;

— o linguriţă plină cu pulbere conţine aproximativ 2,5—5 grame ;

— o linguriţă rasă cu pulbere conţine aproximativ 1,5—2,5 grame ;

— un vîrf de cuţit conţine aproximativ 0,5—1 gram ;

— o mînă de flori conţine aproximativ 20—30 grame ;

— o mînă de făină conţine aproximativ 80 grame ;

— o mînă de seminţe conţine aproximativ 50 grame.

Pentru numărarea picăturilor se întrebuinţează picătorul.

Momentul cel mai propice pentru administrare

O dată cu prescrierea medicamentului se obişnuieşte să se indice şi momentul cînd trebuie administrat în intervalul celor 24 de ore, deoarece aceasta influenţează acţiunea medicamentului asupra organismului.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, dimineața pe nemîncate se administrează medicamentele purgative (atît cele saline, cît și cele drastice), vermifugele (medicamentele care se administrează împotriva viermilor intestinali), pansamentele gastrice (medicamentele care au rolul de a proteja mucoasa stomacului, ferind-o de acțiunea acidului clorhidric secretat în cantități mari în anumite boli de stomac), prafurile Bourget (pentru boli de ficat). În cursul dimineții, către orele 10—11, se pot administra unele medicamente excitante ale sistemului nervos (cele care își exercită acțiunea asupra creierului, producînd o stare de bună dispoziție), tonicele cardiace, antisepticele intestinale (dezinfectanți intestinali care trec prin stomac fără a suferi modificări și fără a fi absorbiți, exercitîndu-și acțiunea asupra intestinului), medicamentele antispasmodice (cele care calmează spasmele, și fac să dispară tulburările produse de ele). Înaintea meselor se administrează medicamentele aperitive (cele care produc poftă de mîncare), acidifiantele (cele în a căror compoziție se găsesc diverși acizi), medicamentele care conțin fermenți pancreatici, *magnesia usta*. În timpul mesei se administrează în special substanțe care excită mucoasa stomacului, vitaminele, unele medicamente antihistaminice de sinteză fără acțiune hipnotică. La circa 30—60 minute după terminarea meselor se administrează de obicei medicamente mai greu suportabile de organele digestive, antisepticele intestinale. Între cele trei mese zilnice se pot administra expectorantele, calmantele tusei, medicamentele antireumatice. În sfîrșit, la culcare se administrează laxativele ușoare și hipnoticele (medicamentele care produc somn).

Folosirea nerațională a medicamentelor

Potrivit unui vechi aforism, nu există boli, ci bolnavi. Aceasta înseamnă că tratamentul și dozele de medicamente recomandate unei persoane nu pot fi administrate alteia, fără anumite riscuri. Unii bolnavi, deși consultă medicul la timp, modifică din proprie inițiativă modul de folosire a medicamentului, fie luînd doze prea mari, fie prelungind sau întrerupînd tratamentul prescris. Așa se întîmplă de multe ori cu cei care folosesc digitala în insuficiența cardiacă, ceea ce poate duce la apariția unor tulburări și la agravarea bolii. Tratamentele prelungite cu piramidon pot produce scăderea numărului de globule albe din sînge, și prin urmare micșorarea rezistenței organismului față de infecții. Depășirea dozelor și a duratei de tratament cu streptomicină poate provoca serioase tulburări auditive și vizuale. Unii întrerup înainte de vreme tratamentul prescris, lăsîndu-se amăgiți de o vindecare care în realitate este doar aparentă. Un astfel de exemplu este folosirea unei cantități prea mici de penicilină în cazul sifilisului. Aceasta poate duce la dispariția șancrului, dar nu și la vindecarea bolii.

De asemenea, o angină (sau amigdalită) streptococică trebuie tratată cu penicilină o perioadă mai lungă în raport cu indicația medicului. A întrerupe tratamentul sub motiv că copilul se simte bine, constituie o greșeală.

Se mai folosesc antibiotice la cea mai mică creștere de temperatură sau în cele mai ușoare forme de gripă. Antibioticele sînt frecvent solicitate

Scanned with OKEN Scanner

și de bolnavii ale căror suferințe nu au nici o legătură cu indicațiile terapeutice ale acestor medicamente. Faptul că în unele boli antibioticele dau rezultate spectaculoase creează unora convingerea, total greșită, că nu există boală care să nu capituleze în fața acestor teribile panacee. Dacă în cazul unui banal guturai se va lua un antibiotic „tare", atunci cînd se va contracta o infecție microbiană, unde într-adevăr administrarea antibioticelor este absolut necesară, acestea vor avea o eficacitate mult redusă sau chiar nulă, datorită instalării rezistenței microbiene. Unele antibiotice se iau numai după anumite norme. De exemplu, în cazul cînd administrarea clorocidului sau tetraciclinelor nu se însoțește de Complex B (sau iaurt) se produce o dispariție a florei intestinale normale, urmată de tulburări serioase.

O consecință foarte gravă a folosirii neraționale a medicamentelor o constituie obișnuința, necesitatea de a consuma anumite medicamente cît mai des și în doze crescînde. Suprimarea bruscă a medicamentului produce stări destul de supărătoare : neliniște, indispoziție, insomnie. De exemplu, medicamentele care înlătură insomnia oferă organismului posibilitatea să se refacă după activitatea din timpul zilei. A abuza însă de somnifere înseamnă a se combate insomnia doar ca simptom și a se neglija cauza acestei tulburări, ceea ce nu poate fi în nici un caz spre cîștigul bolnavului. Dozele tot mai mari de somnifere vor deveni neapărat nocive pentru ficat, rinichi și alte organe. În loc de somn odihnitor ne putem alege cu intoxicații, somnolență, tulburări nervoase, astenie, amețeli, grețuri, lipsa poftei de mîncare. Cînd obișnuința este produsă de opiu, morfină sau cocaină, ea se numește toxicomanie. Victimele acestei obișnuințe au dorința nepotolită de a folosi toxicul respectiv. Stupefiantele provoacă mai întîi o stare de plăcere, bună dispoziție, apoi bolnavul obișnuindu-se cu ele începe să consume cantități din ce în ce mai mari, fapt care produce grave tulburări în organism. În cele din urmă, bolnavul se transformă într-o epavă. Dar obișnuința, cu toate neajunsurile ei, poate fi produsă și de medicamente în aparență total inofensive, cum ar fi purgativele. Folosirea abuzivă a acestora și fără stabilirea cauzei constipației duce, pur și simplu, la obișnuință.

Purgativele nu sînt medicamente tocmai „banale" și din alte motive. Este drept că se poate da un purgativ unei persoane care nu a avut scaun 2—3 zile și se plînge de ușoare crampe abdominale. Dacă însă bolnavul are vărsături, dureri abdominale mari sau temperatură, el poate fi suspectat de apendicită acută, ocluzie intestinală ; în aceste cazuri, un purgativ poate provoca mari nenorociri bolnavului (perforație, peritonită).

Tot atît de important este să știm că în anumite situații, unele medicamente sînt cu totul interzise. Astfel, în perioada menstruației nu se vor lua medicamente care ar produce oprirea fluxului menstrual sau ar putea provoca contracțiile uterului. În timpul gravidității este interzis a i se administra femeii purgative drastice, care ar putea provoca contracția uterină și avortul. De altfel, deoarece o serie de substanțe chimice și medicamente s-au dovedit a avea o acțiune nefavorabilă asupra embrionului, *este preferabil ca orice medicament care nu este obligatoriu,*

Scanned with OKEN Scanner

adică nu este recomandat de medic, să fie evitat în timpul sarcinii. Nici medicamentele tranchilizante (liniștitoare), ca clordelazinul și meprobamatul, nu trebuie folosite la întîmplare. Medicul are toate șansele să stabilească motivul stării anxioase și să recomande un tratament cauzal (tranchilizantele sînt mai curînd simptomatice).

Chiar și nevinovata aspirină, care nu lipsește din nici o casă, bine tolerată în general în tratamente de scurtă durată, poate provoca tulburări, dacă este folosită în mod abuziv (hemoragii gastrice etc.), mai ales cînd este luată pe stomacul gol.

Excesul de bicarbonat de sodiu poate produce alcaloză după cum excesul folosirii preparatelor de calciu poate duce la formarea de calculi renali.

Sînt, așadar, multe medicamente a căror folosire nerațională, abuzivă sau întîmplătoare poate da naștere la urmări neplăcute și uneori de o gravitate extremă. Pentru prevenirea riscului unor accidente terapeutice care pot pune în primejdie viața bolnavului, cea mai rezonabilă atitudine este să se consulte medicul încă de la primele semne de îmbolnăvire, iar indicațiile acestuia să fie urmate cu strictețe.

Păstrarea medicamentelor

Pentru ca medicamentele să-și mențină calitățile și să aibă acțiunea dorită asupra organismului, ele necesită a fi păstrate în anumite condiții.

Dintre factorii care alterează medicamentele, cei mai importanți sînt lumina, temperatura și umiditatea. Lumina provoacă schimbarea culorii unor medicamente, precum și alterări pronunțate. Acțiunea umidității este mai evidentă asupra substanțelor care fixează cu ușurință apa, cum sînt glicerina, unele pulberi, pastilele, granulele, drajeurile. Astfel de substanțe se păstrează în sticle și ambalaje de plastic bine închise, preferabil în cantități mici. Medicamentele se recomandă a se păstra la rece, la o temperatură între +5 și +10 grade. Temperatura joasă se impune în special la conservarea preparatelor antibiotice, a soluțiilor injectabile, a serului și vaccinurilor, a unor preparate cu hormoni sau vitamine, a alifiilor, supozitoarelor, ovulelor, tincturilor.

Medicamentele vechi care s-au alterat (aspect tulbure, decolorat), nu se vor folosi sub nici un motiv. Poțiunile (cum sînt infuziile, decocturile etc.) se alterează foarte repede, mai ales atunci cînd sînt păstrate în condiții necorespunzătoare (descoperite, la cald etc.). Dacă, după terminarea curei, în sticluță a mai rămas o cantitate neconsumată, aceasta se va arunca de îndată. Nu vom păstra poțiunea rămasă din timpul unei cure pentru eventualitatea că ne va folosi altădată. Ar fi o economie rău înțeleasă, dăunătoare.

Unele medicamente au însemnată pe ambalaj data valabilității lor (penicilina, vaccinurile etc.). Medicamentul va trebui să fie consumat în limita datei înscrise pe ambalaj și în nici un caz după expirare, cînd se va arunca. Folosirea unui medicament după data de expirare atrage după sine riscuri foarte serioase. De altfel, stocurile din aceste medicamente în gospodărie constituie o investiție total neeconomicoasă.

Scanned with OKEN Scanner

Fiolele cu inscripția ștearsă, pungile sau cutiile pe care nu se mai poate citi și identifica conținutul vor fi, de asemenea, aruncate. Pentru evitarea accidentelor se vor înlătura și rețetele vechi, deoarece un medicament prescris într-o anumită perioadă nu poate fi reluat oricînd, fără riscul anumitor inconveniente, uneori destul de grave. Și cine ar fi tentat să riște, din moment ce o consultație medicală este complet gratuită... ?

Practica arată însă că în gospodărie este necesar ca unele medicamente să fie păstrate pentru un tratament de mai lungă durată sau pentru a fi la îndemînă în caz de nevoie (antinevralgice, aspirină, picături contra tusei etc.).

În cele ce urmează vom încerca să dăm cîteva indicații cu privire la însușirile pe care trebuie să le îndeplinească unele forme farmaceutice mai des întîlnite în gospodărie :

Tabletele trebuie să aibă o formă regulată, aspect și culoare uniforme la suprafață și în secțiune, rezistență mecanică satisfăcătoare (să nu se sfărîme ușor prin cădere sau prin apăsare între degete).

Fiolele (soluțiile injectabile) trebuie să fie limpezi, prin răsturnare să nu se tulbure, să nu prezinte impurități solide în suspensie.

Soluțiile medicamentoase (poțiuni, siropuri) trebuie să fie limpezi, să aibă mirosul, culoarea și gustul inițiale ale componentelor.

Unguentele (alifiile) trebuie să-și păstreze consistența.

Pulberile (prafurile) vor avea aspectul uniform, fără să formeze cocoloașe.

Antibioticele se vor folosi numai în limitele datei de valabilitate indicate pe ambalaj și numai dacă au fost păstrate la rece.

Tincturile vor fi păstrate la întuneric într-un loc răcoros, în sticle bine închise, deoarece prin evaporarea alcoolului conținut preparatele își modifică concentrația.

„Farmacia de casă"

În fiecare casă, dar mai ales acolo unde se află copii mici, gravide, bătrîni, suferinzi, este necesar să existe un dulăpior cu medicamente și pansamente. Dulăpiorul va fi instalat într-o cameră răcoroasă, lipsită de umiditate. *Observație* importantă : *dulăpiorul va fi astfel așezat, încît să nu atragă atenția copiilor deoarece aceștia cad frecvent victimă propriei lor curiozități, iar medicamentele, prin forma și prezentarea lor, le trezesc cea mai vie curiozitate.*

Dulăpiorul, confecționat din lemn și prevăzut cu broască cu cheie, va trebui să aibă rafturi și despărțituri, pentru a putea pune fiecare lucru într-un anumit loc, de unde să știm să-l luăm la nevoie. Nu este rău ca dulăpiorul de medicamente să fie compartimentat pentru medicamente interne și externe, fiecare compartiment purtînd inscripția respectivă. Pentru orientarea mai rapidă, în caz de nevoie, vom folosi pentru medicamentele de uz intern o inscripție de culoare albastră, iar pentru cele externe una de culoare roșie. Tot aici vom păstra diferitele medicamente care se iau într-o anumită cură recomandată de medic pe o anumită perioadă. Nu vom ține sub nici un motiv aceste medicamente pe masă, în noptieră, bufet.

Medicamentele se vor păstra în plicuri, sticle, cutii de diferite mărimi, după cantitatea și felul fiecărui medicament, avînd scris clar pe am-

Scanned with OKEN Scanner

În ce boli se întrebuinţează	Denumirea produsului	Modul de administrare	Observaţii
1	2	3	4
		TABELTE PENTRU UZ INTERN	
Gripă, dureri de cap, nevralgii, dureri musculare, sciatică	**Acid acetil salicilic** (aspirină)	*Adulţi*: de 3—4 ori pe zi, cîte 1—2 comprimate *Copii*: după indicaţia medicului	
Reumatism, nevralgie, gripă, cefalee, stări febrile	**Pyran** (piramidon)	*Adulţi*: 2—6 comprimate a 0,30 grame pe zi *Copii*: după indicaţia medicului	
Migrene, nevralgii, dureri de cap, dureri reumatice, cefalee, sciatică, gripă etc.	**Antinevralgice**	*Adulţi*: 2—6 comprimate pe zi *Copii*: după indicaţia medicului	
Colici hepatice, renale, intestinale şi uterine	**Lizadon**	*Adulţi*: 1—3 tablete pe zi *Copii*: după indicaţia medicului	Nu se administrează copiilor sub 7 ani şi nici bolnavilor cu insuficienţă hepatică, renală, abdomen acut
Hiperaciditate gastrică	**Bicarbonat de sodiu**	*Adulţi*: 2—4 grame după mese în hiperaciditate (arsuri la stomac)	
Constipaţie	**Ciocolax** (Koprol)	*Adulţi*: 1/2—1 tabletă seara la culcare *Copii*: după indicaţia medicului	Nu se administrează copiilor sub 1 an
Toxiinfecţii alimentare, diaree, enterocolite	**Saprosan**	*Adulţi*: 3—4 comprimate pe zi administrate în mai multe prize, la interval de 6—8 ore *Copii*: după indicaţia medicului	
Tuse	**Tablete expectorante**	*Adulţi*: 2—5 comprimate pe zi *Copii*: după indicaţia medicului	Nu se administrează copiilor sub 3 ani
Insomnii, excitaţii nervoase, surmenaj	**Extraveral**	*Adulţi*: 2—3 tablete pe zi. În insomnii se vor lua cu jumătate de oră înainte de culcare 2—3 tablete o dată	Nu se va administra la copii

În ce boli se întrebuinţează	Denumirea produsului	Modul de administrare	Observaţii
1	2	3	4
SUBSTANŢE PENTRU UZ EXTERN			
Inflamaţii care nu supurează; umflături, congestii locale	**Burowin**	Se dizolvă cîte o tabletă nr. 1 şi nr. 2 în jumătate litru apă rece şi se foloseşte extern pentru comprese	
Dureri în gît, răni, cu sau fără supuraţie	**Perogen**	Pentru gargară se dizolvă o tabletă într-un pahar cu apă. Pentru spălarea rănilor se dizolvă 3—4 tablete într-un pahar cu apă	Dizolvarea tabletei în apă trebuie făcută cu puţin înainte de întrebuinţare
Guturai, inflamaţii ale mucoasei căilor respiratorii	**Inhalant**	*Adulţi*: 1 tabletă la 1 litru de apă fierbinte pentru inhalaţii *Copii*: jumătate tabletă la 1 litru de apă fierbinte pentru inhalaţii	
SOLUŢII PENTRU UZ EXTERN			
Gripă, dureri musculare	**Fricţie „Galenica"** flacon	Se foloseşte sub formă de fricţiuni	
Inflamaţii ale mucoasei nazale, guturai (stări gripale)	**Rinofug** flacon	*Adulţi*: se introduc în nas cîte 5—10 picături la interval de 4 ore *Copii*: după indicaţia medicului	
Durerile urechii medii	**Boramid** (Otalgin) flacon	*Adulţi*: 8—10 picături, introduse în ureche, de 2—3 ori pe zi *Copii*: după indicaţia medicului	Se administrează cu picătorul, lăsînd picăturile să se prelingă încet în ureche
DIVERSE (UZ INTERN)			
Dureri de stomac	**Tinctură anticolerină** (Davila)	*Adulţi*: 15 picături, de 3 ori pe zi *Copii*: după indicaţia medicului	Nu se dă la copii mici
Nervozitate mare insomnii	**Tinctură de valeriană**	*Adulţi*: 5 picături, de 2—5 ori pe zi	La copii mari, 5—10 picături în apă

Scanned with OKEN Scanner

În ce boli se întrebuinţează	Denumirea produsului	Modul de administrare	Observaţii
1	2	3	4
		DIVERSE (UZ EXTERN)	
Răni	Acid boric	O linguriţă de pulbere se dizolvă în 2 pahare de apă	
Răni	Alcool medicinal	Pentru răni se întrebuinţează curat sau amestecat cu apă în părţi egale; pentru fricţiuni se întrebuinţează alcool curat	Inflamabil (se aprinde uşor) Nu se utilizează pentru fricţiuni la copii
		UNGUENTE (ALIFII)	
Arsuri uşoare, erupţii pe piele care zemuiesc	Jecolan	Se aplică local, sub pansament, zilnic sau la 2 zile	
Degerături, crăpături la mîini sau la picioare, arsuri uşoare	Vaselină pură	Pentru ungere	
		PANSAMENTE	
Răni, arsuri	Vată, feşi 10/10, pansament individual, leucoplast, comprese sterile		
		PLANTE MEDICINALE	
Dezinfectant	Flori de muşeţel	Sub formă de ceai	
Boli de ficat	Flori de sunătoare	Sub formă de ceai	
Tuse, răceli	Flori de tei	Sub formă de ceai	
Răceli	Flori de soc	Sub formă de ceai	
Diaree	Frunze de mentă (izmă)	Sub formă de ceai	
Tuse cu expectoraţie	Flori de nalbă mare	Sub formă de ceai	
Termometru medical, pipete curate			

balaj felul medicamentului şi modul de folosire. Pe măsura întrebuinţării lor, medicamentele uzuale din farmacia de casă vor trebui să fie completate. Nu vom lua niciodată un medicament a cărui denumire n-o cunoaştem (eticheta căzută etc.).

În dulăpiorul cu medicamente se va mai rezerva un spaţiu pentru unele materiale de pansament, ca: vată, tifon, feşi, leucoplast etc.

În dulăpiorul de medicamente vom păstra medicamentele cele mai obişnuite şi pe care le putem folosi în

acordarea primului ajutor celor suferinzi (vezi tabelul de la pag. 401).

S-a recomandat un sortiment mai larg, urmînd ca fiecare să decidă singur ce medicamente s-ar putea dovedi utile. Orientativ sugerăm că într-o casă unde nimeni nu suferă de constipaţie nu este necesar „Ciocolaxul", după cum „Extraveralul" sau tinctura de valeriană sînt inutile acolo unde toată lumea este calmă şi se doarme „tun". De asemenea, materialele pentru pansamente se dovedesc totdeauna folositoare unde sînt copii şi se întrebuinţează mult mai rar la vîrstnici.

Subliniem că dozele indicate au caracter *de urgenţă*, cîteva ore pînă la cel mult o zi (dacă suferinţa cedează) sau pînă la sosirea medicului. Nu avem voie să prelungim administrarea nici unuia din medicamentele de mai sus fără prescripţie medicală.

Deoarece medicamentele aflate în „farmacia de casă" sînt destinate a fi păstrate timp mai îndelungat, fiind folosite numai la nevoie, s-au evitat produsele uşor alterabile. Pe de altă parte s-a căutat a se indica medicamente cu cît mai puţine contraindicaţii. O farmacie de casă bine organizată ne scuteşte, de multe ori, de a căuta în timpul nopţii (la farmacia de serviciu, care se poate afla departe de casă), un calmant sau alt medicament de urgenţă.

Trusa de excursie

Pentru acordarea prim-ajutorului în caz de accidente sau pentru evitarea eventualelor inconveniente care se pot ivi în timpul excursiilor este indicată o mică trusă de medicamente şi pansamente, care poate avea componenţa şi modul de folosire indicate la pag. 405.

Este indicat ca medicamentele care intră în componenţa trusei de excursie să nu depăşească cantitatea necesară administrării în 24 de ore, deoarece în acest timp se poate ajunge într-o localitate cu mijloace de asistenţă medicală.

Plantele medicinale

Cunoaşterea plantelor medicinale reprezintă veacuri de experienţă. Folosite în mod raţional, ele sînt medicamente foarte utile.

Infuzia sau ceaiul se obţine opărind cu apă clocotită o anumită cantitate de plantă şi lăsîndu-se să se extragă esenţele active timp de 15 minute; se strecoară şi se îndulceşte sau nu, după caz.

Decoctul sau fiertura se obţine fierbînd în apă anumite părţi din plantă. Planta se amestecă de la început în apă rece şi se lasă să fiarbă pînă ce apa scade la jumătate. Decoctul se strecoară fierbinte şi se bea cald.

Maceraţia sau plămădeala se obţine lăsîndu-se părţile din plantă să stea 3—12 ore în apă la temperatura camerei, apoi se strecoară. În unele cazuri, maceraţia se face folosind vinul în loc de apă, obţinîndu-se un vin medicinal.

Ca şi medicamentele, ceaiurile medicinale nu se folosesc oricînd:

— se vor bea înainte de mese sau înainte de culcare ceaiurile care combat răceala, tusea, cele care produc

Scanned with OKEN Scanner

TRUSA DE EXCURSIE

Cînd se folosește	Denumirea medicamentului	Modul de întrebuințare
MEDICAMENTE INTERNE		
Dureri de cap, de dinți, musculare	Antinevralgie	Cîte un comprimat de 3 ori pe zi, la interval de 3 ore
Diaree, infecții intestinale	Saprosan	Cîte un comprimat de 3—4 ori pe zi, la interval de 6—8 ore
Colici abdominale	Lizadon	1—3 tablete pe zi pentru adulți
Tuse	Expectorant	3—4 tablete pe zi, la interval de 4 ore
Insomnii, stări nervoase	Extraveral	Cîte 1 tabletă de 3 ori pe zi, la interval de 4 ore
DEZINFECTANTE EXTERNE ȘI MATERIALE DE PANSAMENT		
Pentru spălarea rănilor sau pentru gargară	Perogen	Pentru gargară se dizolvă o tabletă într-un pahar cu apă, iar pentru spălarea rănilor 3—4 tablete într-un pahar cu apă
Fricțiuni sau ca dezinfectant extern	Alcool	Pentru răni se întrebuințează curat sau amestecat cu apă în părți egale
Răniri	Sulfamidă pulbere	Pentru pudrarea rănilor
Răniri	Leucoplast	Fixarea pansamentelor
Răniri	Pansament individual	Pansarea rănilor

transpirație sau cele care se iau contra temperaturii ;

— se vor bea cu circa o jumătate de oră înainte de mese ceaiurile care se iau pentru poftă de mîncare, tonice sau amare. De asemenea, tot înainte de masă se administrează vinurile tonice ;

— după masă se beau ceaiurile digestive ;

— seara la culcare se vor bea ceaiurile laxative și purgative.

Recoltarea plantelor medicinale

Uneltele necesare culegătorului de plante medicinale sînt foarte simple. El va folosi în acest scop pentru tăierea ierburilor și florilor foarfece de iarbă, seceră sau foarfece de tuns oile, iar pentru ramuri sau tulpini lemnoase subțiri foarfecele de vie, cuțitul etc.

Recoltarea plantei întregi fără rădăcină se va face înainte ca plantele să înflorească sau cînd se ivesc primele flori. Timpul cel mai indicat pentru recoltarea plantelor este cel uscat. Strînsul pe rouă sau cînd plantele sînt ude trebuie evitat.

Organele subterane ca rădăcini, bulbi, tuberculi, rizomi se recoltează primăvara, cînd florile încep să se dezvolte sau toamna tîrziu, după căderea frunzelor și uscarea tulpinii ierboase. Organele subterane se scot cu ajutorul sapei, cazmalei etc.

Cozile se recoltează înaintea înfloririi plantei și numai de la plantele de vîrstă mijlocie.

Frunzele se recoltează cînd au ajuns la mărimea lor normală. În acest scop se rupe cu mîna frunză cu frun-

Scanned with OKEN Scanner

CÎTEVA PLANTE MEDICINALE ŞI ÎNTREBUINŢĂRILE LOR

Denumirea plantei şi a părţii care se întrebuinţează	Proprietăţile terapeutice	Sub ce formă se foloseşte
1	2	3
Fructe de afin	Antidiareic	Infuzie
Coajă de stejar	Antidiareic	Decoct
Ghindă	Antidiareic	Decoct, după ce ghindele au fost prăjite şi măcinate mai înainte
Coaja de salcie	Antireumatic	Infuzie
Frunze de mesteacăn	Antireumatic	Infuzie
Frunze de frasin	Antireumatic	Infuzie
Rădăcini şi flori de ciuboţica cucului	Calmant al tusei şi expectorant	Infuzie
Flori, frunze şi rădăcini de nalbă mare	Calmant al tusei şi expectorant	Infuzie
Flori de luminărică	Calmant al tusei şi expectorant	Infuzie
Rădăcini de valeriană	Sedativ nervos	Infuzie
Flori de tei	Sedativ nervos	Infuzie
Fructe de păducel	Sedativ nervos	Infuzie
Fructe de anason	Eliminarea gazelor din intestine	Infuzie
Fructe de chimen	Eliminarea gazelor din intestine	Infuzie
Flori de muşeţel	Dezinfectant, cicatrizant	Infuzie
Flori şi tulpină de sunătoare	Acţiune colagogă şi coleretică (uşurează funcţionarea ficatului şi fierei)	Infuzie
Frunze de anghinară	Acţiune colagogă şi coleretică (uşurează funcţionarea ficatului şi fierei)	Infuzie
Păpădia (plantă tocată)	Acţiune colagogă şi coleretică (uşurează funcţionarea ficatului şi fierei)	Infuzie
Cozi de cireşe	Diuretic	Infuzie
Frunze de merişor	Diuretic	Infuzie
Coada calului	Diuretic	Decoct
Vîsc	Hipotensiv	Maceraţie (plămădeală)
Talpa gîştei	Hipotensiv	Infuzie
Coajă de cruşin	Laxativ şi purgativ	Decoct sau praf
Seminţe de in	Laxativ şi purgativ	O linguriţă de seminţe la un sfert de litru de apă se lasă circa 2—4 ore şi se bea seara la culcare un pahar de lichid sau împreună cu seminţele
Limba mielului	Sudorific	Infuzie
Pelin	Tonic amar şi aperitiv	Ceai

Scanned with OKEN Scanner

COLECTAREA PLANTELOR MEDICINALE (CALENDAR)

Denumirea plantei	Partea care se colectează	Locul unde crește
	Ianuarie-februarie	
Pin	Muguri	În pădurile de munte
	Martie	
Salcie, răchită	Coaja	Locuri umede pe marginea apelor
Valeriană, odolean, iarba pisicilor	Rizomul cu rădăcini	Fîneţe umede, păduri umbroase
	Aprilie	
Ciuboţica cucului, ţiţa oii, ţiţa vacii	Rădăcinile şi florile	Livezi, crînguri, poieni
Nalbă mare	Rădăcinile	Locuri umede în luncile riurilor
	Mai	
Albăstrele, vineţele	Florile	Prin semănături, la marginea drumurilor, grădini
Coada calului, barba ursului, părul porcului, brădişor	Iarba întreagă care seamănă cu brădişor	Prin fîneţe, cîmpuri, semănături
Mesteacăn	Frunzele	În pădurile din regiunea de deal şi de munte
Muşeţel, matricea, romaniţă	Florile fără codiţă	Prin locuri uscate, semănături, marginea drumurilor
Soc	Florile cu codiţele de cel mult 1 cm	Prin păduri ,zăvoaie, grădini etc.
Stejar, gorun, tufan	Coaja	Păduri de la şesuri şi deal
	Iunie	
Fierea pămîntului, cintaură, floare de friguri	Iarbă cu flori	Fîneţe şi poieni umede
Anghinară	Iarbă	În cultură
Cireş	Cozi de cireşe	În cultură
Frasin	Frunzele	Prin locuri umede, păduri, lunci
Lumînărică, lipan, coada vacii, coada boului, lumînare	Florile (fără părţile verzi)	Pe cîmpie, locuri necultivate, malurile riurilor şi în cultură
Păducel, gherghină, mărăcine alb	Fructe	Păduri, cîmpii, mărăcini
Sulfină, iarbă de piatră, molotru, sulcină	Flori	Livezi, cîmpii
Tei alb argintiu, teiul cu frunză mare, teiul de vară, teiul păduret	Floarea cu sau fără bractee	Prin păduri sau poieni

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea plantei	Partea care se colectează	Locul unde crește
	Iulie	
Chimen, chimion de cîmp	Fructele	Prin fînețele de deal și munte
Merișor, coacăz de munte	Frunzele	În locuri stîncoase și umede
Pelin, pelin alb, pelin bun	Vîrfurile florale lungi de circa 15 cm	Locuri necultivate, margini de drumuri
	August	
Afin	Fructele	Pășuni, rariști de păduri
Talpa gîștii, coada leului, creasta cocoșului, somușor	Vîrfurile florale	În grădini, pe lîngă grădini
	Septembrie	
Anason, Anison	Fructele	În cultură
Valeriană, odolean, iarba pisicilor	Rizomul cu rădăcinile	Fînețe, pășuni, lacuri, terenuri umede
Păpădie, popalungă	Rădăcinile	Prin fînețe, pășuni, locuri necultivate etc.
	Octombrie	
Ghințură, gențiană, dințură	Rădăcinile	Cîmpii, coline, terenuri nisipoase
	Noiembrie-decembrie	
Vîsc, vîsc alb	Rădăcinile cu frunze	Pe arborii fructiferi, pe copaci

ză de pe plantă. Această operație are loc de preferință în perioada deschiderii bobocilor florali și nu numai cînd planta este în plină înflorire. Florile trebuie recoltate la cît mai scurt timp după deschiderea bobocului și numai dimineața. Fructele se recoltează la diferite epoci.

Recolta se va pune în coșuri largi de răchită și se va transporta la locul de depozitare, unde se va așeza în straturi subțiri.

Semințele se recoltează la maturitatea completă a fructelor în care se găsesc. Totuși, nu se va aștepta uscarea fructelor, pentru a se evita pierderile de semințe în timpul recoltării și transportului.

La recoltarea plantelor medicinale trebuie depusă multă atenție, pentru ca în materialul recoltat să nu se amestece din greșeală și plante străine, deoarece unele din acestea pot fi veninoase.

Ca orientare am dat mai sus un calendar-ghid pentru recoltarea cîtorva plante mai des întrebuințate.

Uscarea plantelor medicinale

Pentru a se putea păstra mai multă vreme, plantele medicinale trebuie uscate. În scopul evitării alterării, ele se usucă la interval cît mai scurt de

Scanned with OKEN Scanner

la culegere. De obicei, uscarea se face fie într-o cameră, fie în podul casei, hambar etc. Încăperea în care se face uscarea trebuie să fie curată. Uscarea se mai poate face în aer liber, la soare, la umbră sau într-un spaţiu adăpostit. Aerul din încăpere trebuie să fie primenit. Uscarea nu se va face direct pe pămînt sau pe podea, ci pe o masă acoperită cu hîrtie albă sau ziare, rogojini, împletituri de nuiele etc.

După uscare, plantele se vor conserva în diferite ambalaje, astfel încît să fie ferite de influenţa directă a umezelii sau a luminii care poate strica în special culoarea plantelor uscate (crocus, trandafir etc.).

Scanned with OKEN Scanner

22

Îngrijirea bolnavului

- Camera bolnavului 411
- Patul și rufăria 412
- Deplasarea bolnavului 416
- Toaleta bolnavului 417
- Supravegherea bolnavului . . . 419
- Alimentația bolnavului 420
- Administrarea medicamentelor . . 421
- Proceduri uzuale 423
- Îngrijirea bolnavului contagios . . 429
- Unde poate duce nepriceperea . . 429

Îngrijirea corectă cere o anumită pricepere. Este mai util să nu dai nici un ajutor dacă nu știi exact ce trebuie să faci.

De exemplu, dacă în fața unei dureri de inimă (care poate indica un infarct miocardic) cei din jur socot că bolnavul are nevoie de aer, îl ridică, îl duc la fereastră, îl obosesc, se creează dintr-o dată o situație de pericol: viața bolnavului.

Anumite boli pot fi tratate la domiciliu, sub controlul medicilor. Toate tratamentele care necesită cunoștințe de specialitate (injecțiile, tubajele, sondajul vezicii urinare) sînt efectuate numai de asistenta medicală, după indicațiile medicului, care vizitează bolnavul acasă. Există însă o serie de tehnici, printre care asigurarea igienei camerei și a patului, toaleta zilnică a bolnavului, administrarea unor medicamente și a alimentației de regim, precum și unele proceduri ca revulsiile, compresele și inhalațiile, care pot fi efectuate de o persoană pricepută și îndemînatică. Mama sau soția care și-a propus să îngrijească un bolnav trebuie să nu se lase ușor impresionată, să aibă răbdare, să vorbească calm cînd bolnavul o solicită și să nu se supere atunci cînd acesta este nervos și agitat. Oamenilor bolnavi și în special celor cu boli de mai lungă durată (fie că au dureri, fie că neputînd lucra au o stare sufletească care trebuie înțeleasă) trebuie să li se dea curaj, să li se stimuleze încrederea în vindecare. Nu este nici o grabă ca întîmplările neplăcute din familie sau de la serviciu să fie aduse la cunoștința bolnavului, pentru că acestea pot influența negativ evoluția stării de boală.

Scanned with OKEN Scanner

Camera bolnavului

În apartamentele mai încăpătoare și confortabile în eventualitatea îmbolnăvirii unui membru al familiei, se recomandă să se elibereze o cameră care să fie folosită numai de persoana bolnavă. Camera bolnavului să nu fie în legătură cu bucătăria și în nici un caz să nu fie cameră de trecere. Dacă trebuie îngrijită acasă o boală contagioasă, izolarea bolnavului capătă o mai mare importanță, pentru a feri de contaminare în special copiii. Acolo unde intrarea în casă se face direct prin camera bolnavului, în dreptul ușii se va atîrna o cuvertură sau o pătură (eventual se va instala un paravan), astfel ca aerul să nu pătrundă direct de afară spre patul bolnavului.

Temperatura camerei. Termometrul de perete trebuie să arate 22° ; numai cei care suferă de o boală a glandei tiroide au nevoie de 17—18°, iar pentru bătrîni și copiii mici sînt de preferat 24°. Aerul să nu fie uscat ; vasul cu apă de pe sobă întreține umiditatea. În special, pe calorifer trebuie să stea în permanență un castron cu apă. Focul cu lemne dă o căldură plăcută, dar cel cu cărbuni nu este indicat pentru o cameră cu bolnavi, în special pentru cei care suferă de o boală pulmonară.

Vara, dacă este prea cald, se trag obloanele, se montează draperii de pînză de culoare închisă sau se pun la fereastră cearșafuri muiate în apă, pentru a întreține umiditatea. Este bună și hîrtia albastră, cînd soarele este prea strălucitor. Se mai poate folosi un ventilator mobil, care să poată fi pornit sau oprit cu ușurință de bolnav. Să nu se uite sita sau tifonul pentru a feri camera bolnavului de muște, în timpul verii.

Unii bolnavi preferă să stea mai mult cu geamul deschis și este sănătos să procedeze la fel toți bolnavii, dar numai în cazul că și medicul care îi supraveghează este de acord. În orice caz, fereastra trebuie deschisă

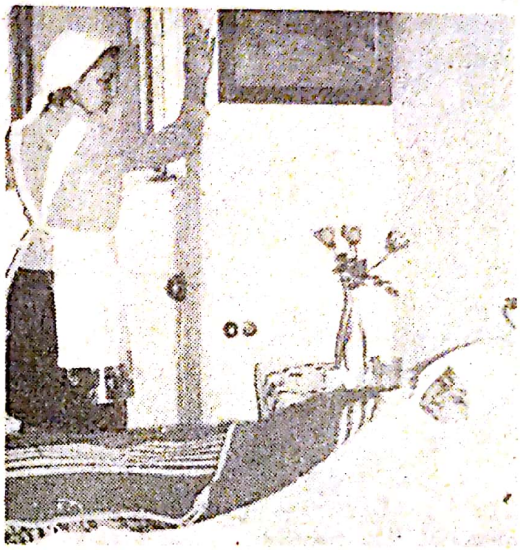


Fig. 143. — Aerisirea camerei bolnavului este obligatorie pe orice anotimp.

dimineața cînd se face curățenie, apoi după masa de prînz și seara. Înainte de culcare, aerisirea este obligatorie.

Curățenia camerei. Pentru o mai bună întreținere este foarte bine să fie scoase covoarele și draperiile. Și perdelele pot lipsi, fiind rezervor permanent de praf și microbi. Husele de creton înflorat vor putea fi ușor spălate și schimbate. Cele mai potrivite pentru camera bolnavului sînt husele din pînză albă. Toaleta cu oglindă poate fi scoasă din cameră pentru a cîștiga spațiu.

Nu este necesar să fie frecat zilnic parchetul ; cel mai bine este să fie acoperit cu linoleum, care se curăță ușor cu apă caldă și sodă. Și podeaua de scîndură se poate acoperi tot cu linoleum, deși aceasta s-ar putea spăla zilnic cu apă caldă, săpun și leșie. Aspiratorul ajută să se curețe

Scanned with OKEN Scanner

bine nu numai parchetul, ci și mobila. Zgomotul motorului este neplăcut însă pentru unii bolnavi, care nu pot suporta nici tic-tacul unui ceasornic și nici soneria telefonului. Dacă nu este contagios, bolnavul poate fi transportat într-o altă încăpere în timp ce se face curățenia generală.

Ușile și ferestrele se spală cu apă și săpun, iar geamurile se șterg cu o cîrpă curată, muiată în apă cu alcool (iarna se pune un vîrf de cuțit de sare de bucătărie), apoi cu hîrtie de ziar. Sobele și elementele de calorifer se spală cu apă și săpun cînd nu sînt încălzite. Mobilierul de lemn se freacă de-a lungul fibrelor cu o cîrpă moale și în caz de nevoie se șterge cu substanțe dezinfectante. Chiuvetele, baia, closetul se spală cu apă caldă și diferite substanțe din comerț (Sodil, Perlan, Alba, Tix) și la urmă se dezinfectează așa cum se indică la copitolul „Boli contagioase".

Iluminatul camerei. Noaptea este necesară numai o lumină slabă, pentru a supraveghea starea bolnavului și a-i administra la timp medicamentele. O lumină puternică și permanentă i-ar putea provoca insomnie. Dacă se utilizează lampă cu petrol, fitilul se taie zilnic, ca să nu fumege. În nici un caz nu se aprind lumînări, fitiluri cu ulei, care consumă oxigenul din aerul încăperii și pot provoca tusea sau crize de astm. Este inutil să menționăm că în camera bolnavului nu se fumează. Musafirii (care ar fi bine să nu viziteze bolnavul decît cîte unul) vor fi invitați să treacă într-o altă încăpere dacă doresc neapărat să fumeze. În treacăt fie spus, statul temporar în pat este un minunat prilej și pentru bolnav să se lase de fumat, dacă boala de care suferă nu-l obligă oricum să renunțe la tutun. Dacă bolnavul este contagios, vizitele persoanelor adulte sînt neindicate, iar ale copiilor strict interzise.

Patul și rufăria

În locuințele de astăzi există mobilier confortabil și modern: paturi duble cu somiere, divanuri studio sau recamier, fotolii-pat etc. Majoritatea bolnavilor îngrijiți acasă se simt bine atît pe saltelele unui divan, cît și pe somiera unui pat dublu. Totuși bolnavii imobilizați în aparate gipsate au nevoie de o somieră tare care se realizează pe un pat de metal sau pe orice alt pat, așezîndu-se scînduri sub saltea. În orice caz, patul (divan, fotoliu-pat etc.) trebuie așezat cu o singură margine lîngă perete și 3 margini libere, pentru ca persoana care îngrijește bolnavul să se poată mișca în voie. Lumina soarelui să nu bată direct în ochii bolnavului. Pe paturile care nu au saltea proprie sau pe cele improvizate cu scînduri se așază o saltea umplută cu iarbă de mare, păr de cal sau lînă, evitîndu-se saltelele de puf și de burete care încălzesc și favorizează transpirația. Sînt bune și saltelele pneumatice. Pernele vor fi mici, cele din iarbă de mare sau din lînă fiind mai indicate decît cele de puf. Pentru a ridica bolnavul în pat, în anumite boli, se recomandă să fie sprijinit cu perne așezate deasupra unui spătar, special construit. Uneori este nevoie ca patul să fie ridicat fie în regiunea capului bolnavului, fie în regiunea picioarelor; pentru aceasta se ridică extremitatea respectivă cu scăunele, butuci de lemn sau cărămizi, pînă la înălțimea dorită.

Și acum să facem împreună patul. Pare o tehnică foarte simplă dar se cer cîteva cunoștințe speciale. Patul,

Scanned with OKEN Scanner

salteaua și pernele trebuie acoperite cu rufărie curată, bine călcată, fără cusături, broderie și dantele, care ar putea jena bolnavul. Dacă salteaua ar fi alcătuită din trei bucăți ar fi mai ușor de mînuit.

Cearșaful, care se așterne peste saltea, este bine să depășească toate marginile patului pentru a-l putea fixa sub saltea. După ce s-a întins bine acest cearșaf, ca să nu facă nici o cută sub bolnav, se pun la mijlocul patului o mușama și o pînză ceva mai mare, care să o acopere în întregime (pentru ca pielea bolnavului să nu fie în contact cu mușamaua). Mu-

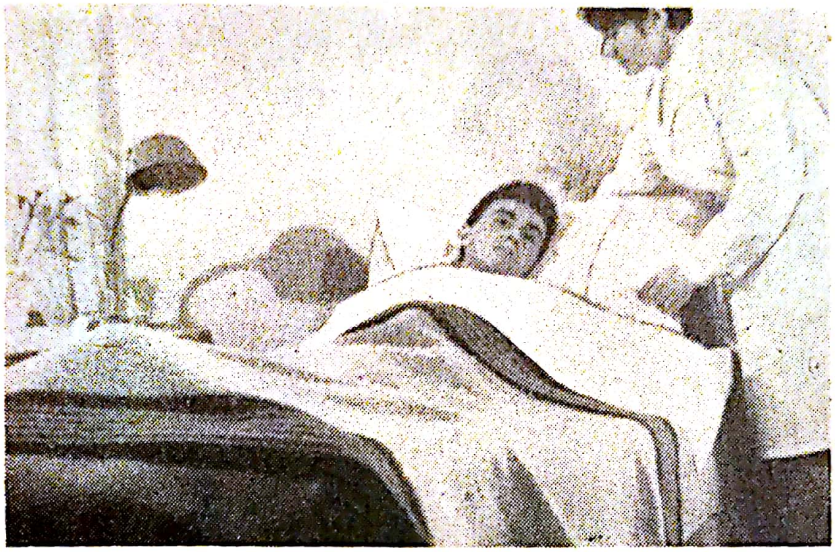


Fig. 144. — Aranjarea pernei la un bolnav care este obligat să stea în poziție semișezînd.

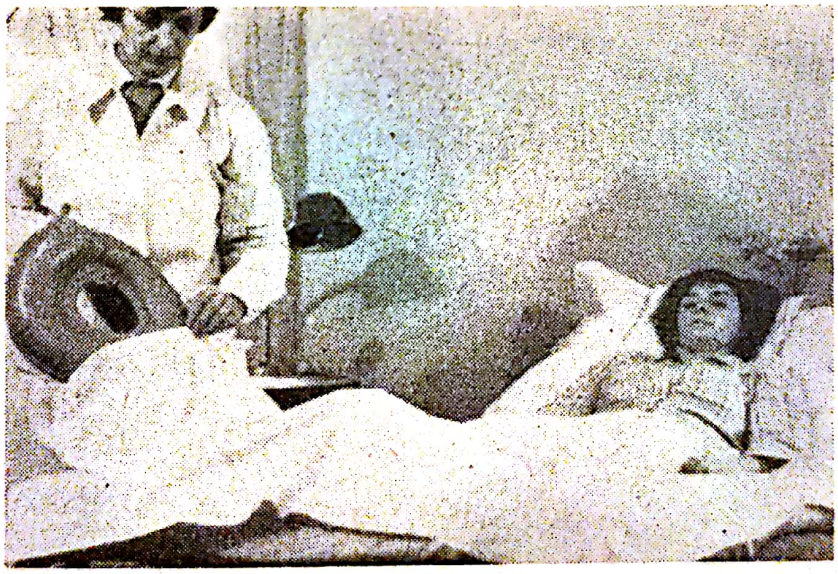


Fig. 145. — Învelirea colacului utilizat pentru prevenirea escarelor.

Scanned with OKEN Scanner

şamaua se pune numai în cazul bolnavilor care urinează în pat sau au pierderi de sînge.

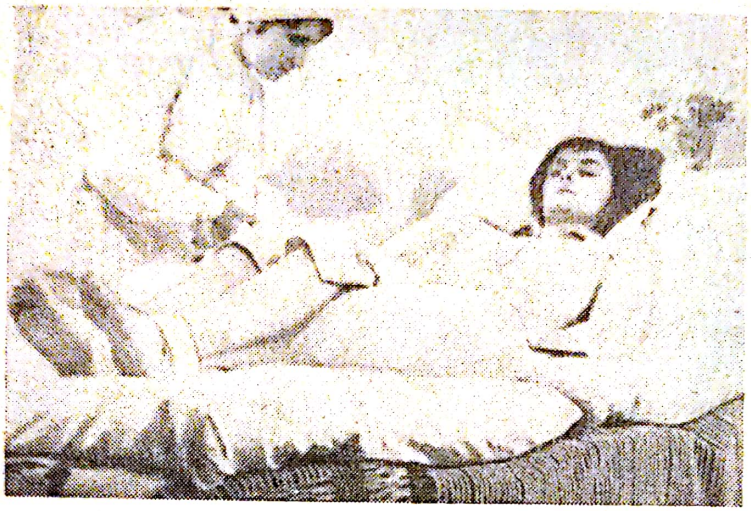


Fig. 146. — Fixarea unui sul pentru sprijinirea genunchilor şi a unor inele din vată şi tifon pentru a preveni escarele la călcîie.

Dacă cearşaful este prea mic se poate fixa în cele 4 colţuri, după ce coasem nişte şireturi cu care îl legăm

Fig. 147. — Alimentaţia bolnavului imobilizat în pat.

de colţurile patului (nu mai face cute sub bolnav). Pentru învelit folosim fie o plapumă înfăţată, fie o pătură pe care s-a fixat un cearşaf.

Pentru bolnavii cu paralizia picioarelor se utilizează diferite obiecte care să sprijine laba piciorului în poziţia ei normală : un cadran din scînduri, o cutie, un săculeţ cu nisip. Sub genunchi se aşază uneori, sub formă de sul, o pernă, o pătură etc., învelite într-un cearşaf ale cărui capete se fixează sub saltea. Pentru bolnavii care nu se pot mişca se pregăteşte un colac de cauciuc umplut cu aer şi învelit într-o faţă de pernă, pentru ca regiunea şezutului să nu fie predispusă la rănire (escare). Presiunea pe saltea a călcîielor, coatelor etc. cauzează tulburări în circulaţia sîngelui. Pentru a le preveni se confecţionează din vată şi tifon nişte inele, pe care se aşază regiunea respectivă. Acestea se fixează de pat, ca să nu se mişte. În caz de dureri provocate de apăsarea greutăţii păturilor sau plapumei se aşază un suport ca un coviltir. Un obicei foarte practic pentru bolnavii îngrijiţi la domiciliu este şi masa adaptată la pat (pentru citit, scris, alimentat).

Scanned with OKEN Scanner

Cînd îmbrăcăm bolnavul vom ţine seama că trebuie să introducem întîi mîneca sau pantalonul pe braţul sau piciorul bolnav şi apoi pe cel sănătos. Cînd dezbrăcăm bolnavul scoatem întîi braţul sau piciorul sănătos şi apoi pe cel bolnav. Îmbrăcămintea se pregăteşte în funcţie de boală, de gradul de imobilizare a bolnavului. Este comodă o cămaşă largă şi lungă. Se recomandă ca lenjeria (cămăşile, pijamalele, halatele, capoatele) să fie confecţionată din ţesături de bumbac, in şi mătase naturală, care absorb transpiraţia şi permit aerisirea pielii. Se va evita îmbrăcămintea din fibre sintetice, care expune pielea la diferite iritaţii. Cu riscul de a abdica de la cochetărie, este bine ca să se evite cămăşile cu dantele, pliseuri şi volane, pentru că acestea pot cauza iritaţii şi chiar escare, în special la persoanele cu tulburări circulatorii. Lenjeria bolnavului nu va fi aceeaşi în timpul zilei şi în timpul nopţii.

De mare ajutor pentru bolnav este şi noptiera, care se aşază de obicei în dreapta bolnavului şi se acoperă cu un şerveţel. În cazul că nu există noptieră se poate întrebuinţa o măsuţă pe care se pun cele necesare bolnavului.

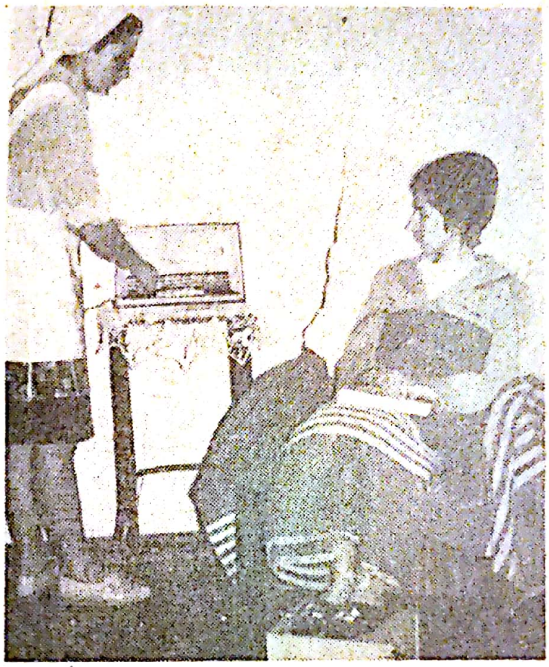


Fig. 148. — Aşezarea bolnavului convalescent pe un fotoliu.

Urinarul şi plosca nu se ţin în camera bolnavului. În cazul cînd acesta nu reţine urina se lasă urinarul pe loc, dar se schimbă des cu altul fiert şi dezinfectat.

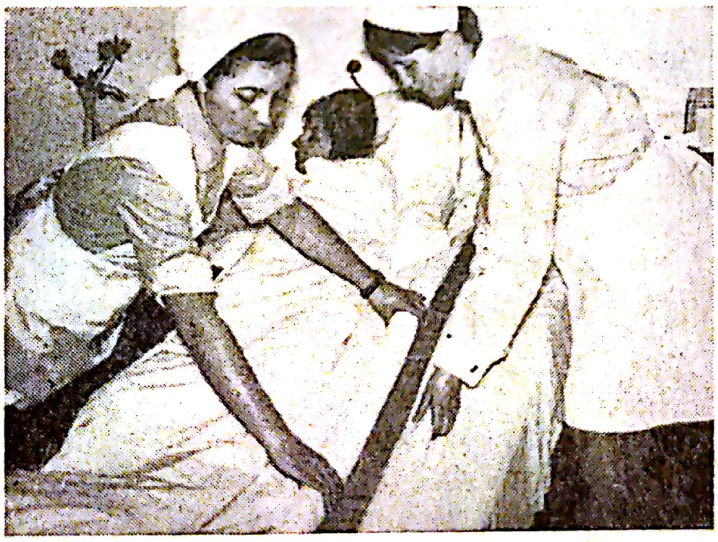


Fig. 149. — Schimbarea rufăriei de pat la un bolnav grav care nu poate fi deplasat. Cearşaful curat se derulează sub bolnav. Sînt necesare două persoane.

Poziția bolnavului este în funcție de felul bolii. Poziția cea mai bună este aceea culcat pe spate, cu fața în sus. Bolnavii slăbiți, ca și cei cu boli ale coloanei vertebrale preferă această poziție, dar este cea care favorizează mai ușor apariția diferitelor răni pe spate, șezut, călcîie. Bolnavul poate sta și cu fața în jos, sprijinit sub piept de o pernă sau de un sul. Această poziție se utilizează cînd au apărut escare pe spate sau cînd trebuie să dreneze unele flegmoane abdominale. Unii bolnavi pot sta ridicați în șezut, sprijiniți cu perne, pentru a se preveni anumite boli pulmonare. În această poziție vor sta bolnavii cu boli de inimă, cu pneumonii, cu astm și persoanele mai în vîrstă. De asemenea se pot așeza bolnavii în această poziție și în fotolii, care trebuie să fie destul de mari, nu prea înalte și căptușite cu perne. Nu trebuie să uităm ca bolnavul să aibă un halat, ciorapi în picioare și să fie acoperit cu o pătură. Alte poziții utilizate pentru a împiedica apariția escarelor sau pentru a ajuta la schimbarea patului sînt : culcat lateral, pe dreapta, sau pe stînga. Mișcările acestea se fac și în timpul toaletei, al administrării clismelor și supozitoarelor, al punerii termometrului rectal. Schimbările de poziție a bolnavului în pat pot fi efectuate de persoana care îngrijește bolnavul ; în caz de nevoie mai poate interveni un ajutor.

Deplasarea bolnavului

Există o serie de situații în care familia trebuie să transporte bolnavul (de exemplu, transportul pentru un control la policlinică sau la un serviciu de specialitate). Trebuie să se țină seama ca bolnavul să nu aibă o boală contagioasă, să nu fie foarte slăbit, să nu aibă dureri accentuate, pentru că în aceste situații se pot produce complicații. Bolnavii febrili, care au vărsături, care prezintă erupții pe piele, care au dureri toracice sau abdominale sau care au suferit un accident vor chema medicul la domiciliu.

În cadrul îngrijirilor efectuate acasă, bolnavii sînt deplasați dintr-un pat în altul sau din pat în fotoliu, respectîndu-se indicațiile primite de la medic.

De asemenea, bolnavul care a stat un timp îndelungat în pat începe să fie ridicat și ajutat să se așeze pe marginea patului, pe măsură ce intervin ameliorări în starea sănătății lui. Dacă bolnavul nu a avut amețeli, peste cîteva zile va putea fi așezat într-un fotoliu. Este bine ca la primele mișcări pe care le face un bolnav după imobilizare îndelungată să asiste și medicul. Pentru a-l transporta dintr-o cameră în alta, în cazul că bolnavul poate să șadă, putem utiliza o metodă pe care copiii o denumesc „scăunașul". Fotoliile rulante se utilizează pentru bolnavii cu leziuni ale articulațiilor genunchilor sau gleznelor și care rămîn în casă un timp mai lung. Fotoliul acesta poate fi împins de la spate sau îl poate manevra bolnavul singur. Între etaje, bolnavul se poate deplasa cu ascensorul, însă trebuie să fie însoțit. Fotoliul rulant poate fi introdus în ascensor, persoana care însoțește bolnavul intrînd prima și trăgînd fotoliul cu bolnavul, iar la prăsirea ascensorului va fi împins întîi căruciorul și apoi însoțitorul va părăsi cabina. În cadrul apartamentului, bolnavul poate fi deplasat dintr-o cameră în alta și cu ajutorul unui scaun cu spătar, care este ridicat

Scanned with OKEN Scanner

de două persoane, bolnavul stînd comod. În general nu se va transporta bolnavul mai grav dintr-un loc în altul decît numai cu avizul medicului. Infarctul miocardic și emboliile se agravează deseori datorită mobilizărilor precoce și transportului incorect și nesupravegheat.

Toaleta bolnavului

Nu trebuie să fie un secret că blîndețea reușește să cîștige încrederea bolnavului, să-i creeze o stare de liniște care contribuie la evoluția favorabilă a bolii. Unui om care nu poate părăsi patul trebuie să i se acorde toată atenția, pentru că a îngriji un bolnav care nu se poate mișca este una din cele mai frumoase și mai umanitare munci ale omului.

Sînt bolnavi în vîrstă, cu incontinență de urină, care stau de cîteva luni în pat și totuși nu au nici o escară. Este interesant de știut secretul. Foarte simplu : *devotamentul.* În primul rînd se face zilnic igiena pielii, în special în regiunile supuse presiunii, avînd grijă ca cearșaful să fie perfect întins sub bolnav, care a fost mișcat frecvent în diferite poziții. Schimbarea lenjeriei de pat și de corp, imediat ce s-a umezit, așezarea de perne și colaci de protecție pentru a proteja bolnavul contribuie de asemenea mult la prevenirea escarelor, mai ales dacă după toaleta zilnică se activează circulația în regiunile expuse, prin fricții cu alcool și pudrare cu talc.

Cu multă grijă se așază plosca. Mai întîi trebuie să se pună o mușama sau o bucată de material plastic, acoperită cu o pînză, după care se ridică bolnavul cu mîna stîngă și cu mîna dreaptă se introduce plosca ușor încălzită. Bolnavul este învelit, i se dă hîrtie igienică și apă călduță, care se poate turna cu o sticlă, pentru a se spăla regiunea șezutului după ce a fost terminat scaunul. Scoaterea ploștii se face cu atenție, ca să nu se pateze lenjeria, și imediat se acoperă cu un șervețel din material plastic sau cu un capac, ducînd-o imediat la closet. Cînd este cazul se examinează materiile fecale pentru a se vedea dacă nu există viermi intestinali (limbrici, panglică) sau vreo modificare a culorii scaunului. În anumite boli contagioase se toarnă în ploscă, peste materiile fecale, un dezinfectant (soluție cloramină 50 grame la un litru apă) și abia după aceea se golește conținutul în closet. Se spală plosca cu apă rece și apoi cu apă clocotită cu leșie sau sodă, se acoperă și se așază într-un loc ferit. Persoana care a ajutat bolnavul se spală bine pe mîini, ajută și pe bolnav să se spele, apoi îi așază patul, îl învelește și aerisește camera. Urinarele din sticlă sau din metal, spălate și dezinfectate, ca și ploștile, pot fi utilizate de bărbați, iar cele care au deschizătură mai largă sînt folosite și de femei. În cazul că unii bolnavi solicită frecvent urinarul acesta trebuie păstrat lîngă pat, punîndu-i-se un capac sau acoperindu-l cu un șervet. Dacă trebuie păstrată urina din 24 de ore se varsă urinarul într-un borcan de sticlă cu o capacitate de cel puțin 2 litri, care a fost spălat bine și care nu trebuie să aibă urme de substanțe dezinfectante, pentru că s-ar modifica o eventuală analiză a urinii.

Vărsăturile reprezintă simptomul unor boli și trebuie să se păstreze lichidul de vărsătură pînă la venirea medicului. În timpul vărsăturii, bolnavul trebuie susținut de frunte, din-

27 — c. 184

Scanned with OKEN Scanner

du-i-se un vas de noapte sau un lighean și punînd un prosop peste pătură. Se vor îndepărta protezele dentare mobile. Se ajută bolnavul să-și clătească gura, se scot din cameră prosopul și vasul care conține vărsătura — care nu se aruncă — apoi se aerisește camera. Dacă bolnavul scuipă abundent (expectorează) i se dă scuipătoarea, care se spală și se fierbe în fiecare zi.

Unii bolnavi (cu aparat gipsat, cu paralizia membrelor inferioare, cu insuficiență cardiacă) trebuie să rămînă pentru mai multă vreme imobilizați în pat. Baia generală și toaleta parțială de fiecare zi, spălatul părului, spălatul picioarelor, trebuie să se facă în pat, fără a mișca prea mult bolnavul. Se pregătesc cele necesare: săpun, foarfecă pentru unghii și perie de unghii, perie și pastă de dinți, pahar pentru gargară, lighean, mușama, cearșaf de baie, găleată pentru apa murdară, termometru de baie și alcool mentolat. Avem nevoie și de o cană de tablă, de minimum 4—5 litri, pentru apă caldă. Avem grijă să închidem geamul și umplem ligheanul cu apă caldă suportabilă (37°). Cu o mănușă de baie udată se spală fața bolnavului, urechile, gîtul, membrele superioare, pieptul, regiunea abdominală și apoi întoarcem bolnavul lateral pentru a-i spăla partea posterioară a toracelui, șalele, urmînd după aceea întoarcerea bolnavului pe spate și spălatul coapselor, gambelor, lăsînd la urmă organele genitale și regiunea anală. Protejăm cu o mușama și cu prosopul învelitoarea patului. Cu tampoane de vată spălăm ochii, din partea externă către cea internă, aruncăm tamponul și uscăm cu un alt tampon curat. Fruntea se spală de la mijloc spre tîmple și se insistă cu apă și săpun asupra pavilionului urechii. La subsuori unde bolnavul transpiră, se spală cu apă și săpun, se usucă și se dă, eventual, cu apă de colonie. Se poate tăia părul cu foarfeca. Nu vom spăla regiunea genitală și regiunea șezutului cu aceeași mănușă cu care am spălat restul corpului, avînd grijă ca pentru toaleta acestei regiuni să înlocuim apa și prosopul. Peste mușamaua așezată la picioare punem ligheanul cu apă caldă și rugăm bolnavul să îndoaie genunchii pentru a introduce picioarele în lighean. Cu această ocazie se pot tăia bătăturile, se curăță talpa și călcîiele de depozitele cornoase și se pot tăia unghiile bolnavului. Pentru spălarea regiunii genitale putem folosi un irigator cu o soluție slabă de permanganat de potasiu. Se va acorda o atenție deosebită igienei organelor genitale în timpul menstruației, utilizîndu-se vată hidrofilă. Pentru a fixa vata este necesar un pansament alcătuit dintr-un cordon pe care se prinde la spate o fașă de pînză lată de 6—8 cm, încheiată în față cu ajutorul unui nasture cusut pe cordon. Tampoanele de vată se schimbă, după care se spală regiunea genitală cu apă și săpun și se usucă cu un prosop moale fără a freca. În cazul că bolnava nu se poate îngriji singură, persoana care o îngrijește îi va face o spălătură externă, folosind plosca, irigatorul și un tampon de vată. Prevenirea infectării vaginului se face ștergînd cu hîrtie igienică de la vagin către anus și nici o dată invers.

Pentru toaleta cavității bucale se vor folosi peria și pasta de dinți. Dacă bolnavul nu poate ridica capul, atunci persoana care-l îngrijește îi va spăla dinții cu peria, îndepărtînd dacă este cazul depozitele de pe limbă. Depozitele albicioase care apar în gură se datoresc de obicei unor ciuperci. Pentru a le înlătura se face un badijonaj cu glicerină boraxată 2%, cu ajutorul unei comprese muiată în acest medicament. Cu mult

Scanned with OKEN Scanner

tact se va proceda cu bolnavii care au proteză, rugîndu-i să o scoată pentru a fi spălată zilnic și punînd-o noaptea într-un pahar cu apă.

Pieptănatul părului se poate face în poziția culcată a bolnavului, foarte atent, pentru a nu provoca durere atunci cînd este încîlcit. Spălatul părului se face așezînd bolnavul cu capul spre marginea laterală a patului sau punînd ligheanul chiar la capul bolnavului, care este sprijinit cu umerii pe o pernă, în cazul că nu există tăblie la extremitățile patului. La capătul respectiv se poate îndoi salteaua, iar bolnavul se sprijină cu umerii peste această îndoitură. Se așterne sub umerii bolnavului și sub lighean o mușama, iar în contact direct cu pielea gîtului se pune un prosop. Capul se sprijină pe mîna persoanei care îl spală turnîndu-i șampon, săpun lichid și frecîndu-i părul de mai multe ori cu apă. Pentru a-l limpezi în ultima apă se pune oțet sau lămîie. Dacă sînt indicații speciale se pot utiliza gălbenușuri de ouă bine bătute, cu care se freacă părul la rădăcină, clătindu-se ulterior.

Cînd bolnavul poartă aparat gipsat avem grijă să nu se ude gipsul și să-l protejăm în mod permanent cu o mușama.

Se recomandă ca unii bolnavi convalescenți să facă baie în cadă. Cei care pot sta în șezut se așază pe un

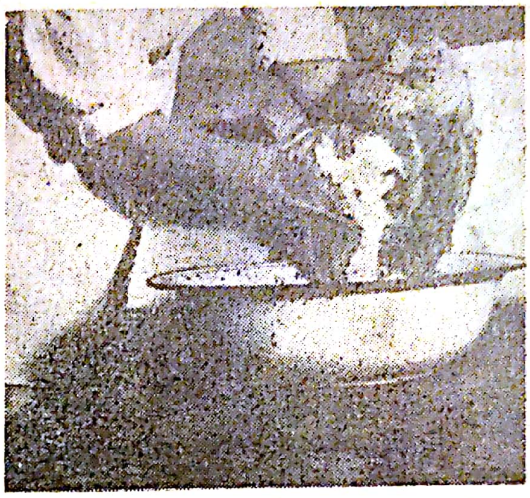


Fig. 150. — Spălatul părului unei bolnave imobilizate.

scăunel pus în cadă, fără a face eforturi, iar persoana care îi îngrijește îi spală folosind dușul de mînă. După terminarea băii bolnavul este invelit cu un cearșaf uscat și încălzit sau este așezat pe o canapea pe care se află întins un cearșaf de baie, care se strînge peste corpul ud.

Supravegherea bolnavului

Stînd mereu lîngă bolnav poți face diferență între starea sa de astăzi și cea de ieri, între paloarea de la începutul bolii și colorația normală a obrajilor, cînd omului îi este mai bine. Poți vedea cum apar și dispar erupțiile de pe piele, îți dai seama de aspectul scaunelor, al urinii, de cantitatea de expectorație și de aspectul vărsăturilor sau îți dai seama că bolnavul are buzele vinete sau respiră foarte greu. Prin urmare, stînd în preajma bolnavului poți vedea ceea ce înseamnă „mai bine" sau dimpotrivă „mai rău", contribuind la respectarea programului stabilit de medic. Toate aspectele amintite mai sus trebuie observate cu atenție și reținute pentru a fi redate medicului.

Și acum să trecem la obligația de a înregistra într-un caiet special anumiți parametri care privesc evoluția stării bolnavului, printre care temperatura, pulsul și numărul respirațiilor în fiecare zi.

Temperatura corpului se măsoară în fiecare dimineață la ora 7—8 și seara la ora 17—18 și se notează.

Scanned with OKEN Scanner

După aceasta se scutură termometrul, se șterge cu spirt și se pune la loc în cutia lui.

Întrucît termometrul este un obiect ieftin se recomandă să nu lipsească din nici o familie. Nu este igienic să se împrumute termometrul. Temperatura se poate măsura prin mai multe metode : la subsuoară se pune termometrul după ce se șterge transpirația cu un prosop și după 10 minute se citește. În regiunea plicii inghinale, la bolnavii foarte slabi se pune termometrul, ridicîndu-se coapsa spre bazin. Se poate pune termometrul și în gură, dar este destul de periculos (se poate sparge la copii și la bolnavii agitați), încît nu este o metodă care să se utilizeze la domiciliu. În special la copii în mod corect se poate înregistra temperatura punînd termometrul în rect (vezi „Îngrijirea copilului"). Se poate măsura temperatura și în vagin.

Pulsul se ia palpînd orice arteră care se poate apăsa pe un plan osos. Se numără bătăile cu ajutorul unui ceas cu secundar, timp de un minut. Frecvența normală este de 70—80 de pulsații pe minut și variază după vîrstă, după eforturi și mai ales după emoții. La copii poate ajunge la 100—140 de pulsații pe minut. În cazul cînd pulsul este mai rar (bradicardie), ca și atunci cînd este mai rapid (tahicardie) vom semnala medicului.

Respirația are o frecvență de 16—20 de mișcări pe minut, în mod normal o respirație corespunzînd la 4 pulsații. Este bine ca bolnavul să nu observe că se numără mișcările respiratorii. În timp ce sîntem cu mîna pe puls, le putem număra privind mișcările cutiei toracice.

Înregistrarea exactă a temperaturii, pulsului și respirației ajută medicul la conducerea tratamentului.

Supravegherea bolnavului ne mai obligă să examinăm orice produs patologic. De exemplu : urina are importanță în ceea ce privește cantitatea. Uneori este necesar să se noteze cîtă urină elimină bolnavul în 24 de ore, deoarece normal este 1 500 ml, dar se poate ajunge la 3 000 ml în caz de diabet sau dacă bolnavul a primit diuretice și poate fi numai 500 ml în anumite boli de rinichi. Scaunele se notează zilnic, dacă sînt mai frecvente, și se reține aspectul lor. La fel se înregistrează și se comunică medicului dacă bolnavul este constipat. Făcînd zilnic toaleta bolnavului avem ocazia să ne dăm seama dacă pe piele apar unele pete hemoragice, diferite erupții sau descuamații. Dacă apăsăm cu degetul și rămîne urmă trebuie să comunicăm personalului medical, fiindcă înseamnă că există un edem.

În timpul convalescenței bolnavilor vom supraveghea menținerea bunei lor dispoziții și le vom crea condiții să poată lucra. Bolnavii care nu pot părăsi patul pot juca șah, pot dezlega cuvinte încrucișate sau pot citi. Fetele pot face diferite împletituri sau broderii care să le atragă.

Alimentația bolnavului

Îngrijirea bolnavului acasă are avantajul că acesta poate alege din lista alimentelor prescrise ceea ce îi face plăcere. Se vor respecta însă și cantitatea și modul de pregătire a regimului, fără sare și fără condimente, acolo unde este cazul. În ceea ce privește orarul, micul dejun se servește dimineața devreme, iar masa de seară cel puțin cu 2 ore înaintea culcării. Restul meselor se vor fixa la ore precise. Bolnavii febrili se alimentează

Scanned with OKEN Scanner

de preferință în timpul cît temperatura scade sau cînd durerile cedează, iar bolnavii cu ulcer se pot alimenta mai des, după indicațiile speciale ale medicului. La bolnavii de inimă, ca și la cei cu boli ale sistemului nervos, orarul meselor va fi de asemenea cel indicat de medic, ținînd seama că nu se va servi masa de prînz înaintea aplicării tratamentului. Persoana care îngrijește bolnavul va pregăti un șervet foarte curat, își va spăla mîinile și își va schimba halatul cu care a stat în timpul zilei, punîndu-și eventual un șorț alb. Se recomandă ca felurile de mîncare să nu-i fie aduse bolnavului toate o dată, ci pe rînd, luîndu-se imediat farfuriile felului anterior. Se va întrebuința cleștele special pentru servit pîinea, carnea sau diferite prăjituri. Este foarte important ca alimentele să fie servite în vase corespunzătoare, să nu se pună prăjitura peste felul al doilea, sau salata în aceeași farfurie cu mîncarea.

Alimentația bolnavilor se face în mod activ, cînd aceștia pot mînca singuri fie așezîndu-se la masă, fie în pat pe o măsuță specială ; în mod pasiv, cînd starea bolnavilor este alterată și ei nu pot mînca decît ajutați de persoana care-i îngrijește. În acest caz se prinde un șervet sub bărbia bolnavului și persoana respectivă se așază pe un scaun în dreapta. Supa se poate administra cu lingura, cu un ceainic mic sau cu o cană cu cioc. Pentru ca bolnavul să poată înghiți mai ușor lichidele i se ridică ușor capul, săltînd perna. Ritmul alimentării cu lingura (sau cu pipeta în cazuri grave), depinde de starea bolnavului, el fiind lăsat să se odihnească după cîteva înghițituri. Carnea, legumele și fructele vor fi tăiate în bucăți mici, pentru a putea fi amestecate și înghițite de bolnav.

Alimentarea artificială, prin sondă, prin clismă, prin fistulă stomacală în cazuri de operații ale stomacului sau arsuri ale esofagului, se face numai după o atentă instruire făcută de personalul sanitar calificat. Membrii familiei pot pregăti amestecurile pentru alimentarea prin sondă sau prin clismă, notînd cantitatea alimentelor preparate. Introducerea acestor soluții alimentare se face foarte încet, cu răbdare, pentru a nu se produce complicații.

Administrarea medicamentelor

Există anumite reguli de administrare a medicamentelor, ca verificarea ambalajului, a formei tabletelor, a căilor de administrare după proprietățile fiecărei substanțe și în special după prescripția medicului de specialitate.

Contează și orarul de administrare. De exemplu, dacă nu s-au luat medicamentele prescrise pentru ora 15, la ora 18 nu se pot lua și cele care nu au fost administrate, pentru că rolul lor este de a menține o anumită concentrație în sînge. În bolile de stomac, prafurile utilizate pentru pansament gastric se iau înainte de masă, fiindcă după alimentație nu mai au nici un efect. Sulfamidele se dau după ce a mîncat bolnavul, iar unii fermenți digestivi se iau chiar în timpul mesei. Dacă bolnavul are vărsături sau dureri abdominale se poate amîna administrarea unui medicament. În timpul nopții, numai în cazuri grave se trezește bolnavul pentru a i se da antibiotice, dar deșteptarea se face cu multe menajamente ca bolnavul să nu se sperie.

Există medicamente care nu se pot da împreună : de exemplu, nu se iau

Scanned with OKEN Scanner

în același timp sulfamide și piramidon. În schimb altele se asociază, ca antibioticele cu vitamina B complex. De obicei, întîi se iau tabletele, apoi soluțiile, dacă este cazul, pe urmă se fac injecțiile care sînt prescrise pentru aceeași oră și la urmă se introduc supozitoarele.

Dacă apar erupții pe față și pe corp însoțite de mîncărime (după penicilină, streptomicină, tetraciclină sau chiar după piramidon), aceste manifestări trebuie menționate medicului, pentru a se lua măsurile cuvenite.

Este bine ca fiecare gospodină să cunoască capacitatea măsurilor utilizate pentru administrarea unor medicamente, așa cum au fost ele specificate la capitolul despre medicamente.

Pentru administrarea unora dintre medicamentele prescrise este nevoie de oarecare pricepere și dibăcie din partea persoanei care îngrijește bolnavul, mai cu seamă atunci cînd bolnavul este copil. Astfel există medicamente amare, cu gust neplăcut care se administrează împreună cu ceai, sirop, zahăr, cafea, pentru a fi mai ușor acceptate. Uleiul de ricin se poate lua după ce a fost ușor încălzit, ca să nu mai fie vîscos ; i se adaugă cîteva picături de esență de mentă și se amestecă cu zeamă de portocale, sirop de lămîie, bere sau cafea, dîndu-se bolnavului să-l înghită și ștergîndu-i buzele ca să nu-i rămînă gustul neplăcut în gură. Sulfatul de sodiu, ca și sulfatul de magneziu se dizolvă în 40—50 mililitri apă caldă și se bea după ce s-a răcit, dîndu-se apoi bolnavului puțin sirop sau ceai de mentă. Soluția Bourget, care se utilizează în bolile de ficat, se prepară dizolvînd un pachet de praf într-un litru de apă caldă, apoi se bea cîte un pahar din soluția încălzită, bolnavul stînd culcat pe partea dreaptă 15—20 de minute.

Medicamentele în stare solidă sînt tabletele, pastilele și pilulele sau se găsesc sub formă de prafuri care se administrează cu linguriță sau vîrful de cuțit. Prafurile se iau direct pe limbă, se pun în niște capsule sau se dizolvă în ceai, lapte, sifon, apă. Granulele (gluconat de calciu etc.) se administrează cu linguriță. Unele tablete (vitamina C) pot fi ținute în gură pînă se dizolvă. Copiilor mai mici nu se dau tablete, căci se pot îneca cu ele ; medicamentele solide se pisează și praful obținut se divide în cantitățile prescrise administrîndu-se amestecate cu lapte sau ceai într-o linguriță. Sînt cazuri în care bolnavii au grețuri sau varsă și nu pot înghiți sau sînt operați la stomac. În aceste situații, medicamentele se administrează pe cale rectală sub formă de supozitoare sau clisme. Utilizate pentru provocarea scaunului supozitoarele de glicerină se introduc în rect, după ce s-a scos poleiala. Se așază bolnavul lateral cu genunchii îndoiți către bazin, iar persoana care îl ajută îi depărtează fesele cu degetul mare și arătătorul de la mîna stîngă, iar cu mîna dreaptă introduce supozitorul în anus, cu partea ascuțită înainte. Pentru ca supozitoarele medicamentoase să aibă efect se recomandă ca înainte de a fi introduse să se facă bolnavului o clismă evacuatoare. Există și substanțe medicamentoase care se introduc în organism prin inhalare. Astfel, medicamentele antiastmatice se folosesc sub formă de țigări sau se ard pe o tavă de metal, inhalîndu-se fumul respectiv. După administrarea acestor medicamente nu este necesară aerisirea de îndată.

În unele inflamații ale căilor respiratorii superioare se fac inhalații, care se pregătesc astfel : într-un vas cu o capacitate de circa 2 litri, în care s-a pus apă care clocotește, se adaugă

Scanned with OKEN Scanner

o linguriţă de ulei de eucalipt sau balsam peruvian sau „Inhalant" bolnavul aplecîndu-se deasupra vasului care a fost aşezat pe un scaun lîngă pat. Bolnavul îşi acoperă capul cu un prosop sau un cearşaf şi astfel respiră cu gura deschisă în vaporii de apă amestecaţi cu medicamentul respectiv. Inhalaţia durează 5—10 minute, după care bolnavul se culcă, acoperindu-se bine. Medicul prescrie medicamentul ce trebuie utilizat, numărul inhalaţiilor, precum şi timpul cît durează acestea.

Unii bolnavi suferă de o stare alergică şi pentru a întîmpina criza provocată de edemul laringian folosesc nişte pulverizatoare pentru lichidul de pulverizat, care poate fi soluţie de cortizon, adrenalină etc. Deschizînd gura, bolnavul singur pulverizează medicamentul către fundul gîtului.

Alte medicamente se aplică pe piele sub formă de alifii. În acest fel se introduce în organism salicilatul de sodiu în tratamentul reumatismului articular acut. Aplicarea tratamentului extern se mai face în eczemele acute, în impetigo etc.

Proceduri uzuale

Pansamentele umede. În unele boli de piele se recomandă pansamente umede cu acid boric (40 g acid boric la 1 litru de apă fiartă şi răcită). Apa de plumb, recomandată de asemenea pentru pansamente umede, se prepară punînd la un litru de apă 4 pastile Burovin. În aceste soluţii se moaie bucăţi de pînză puse în mai multe straturi, care se aplică pe piele. Pînza este mai deasă decît tifonul şi ţine mai bine umiditatea. Peste pînza aplicată direct pe piele se pune un strat de vată, de asemenea umezită în soluţia indicată, apoi un material impermeabil, care să împiedice evaporarea. Pe deasupra se trage o faşă. Pentru faţă se croieşte din pînză, după forma feţei, o mască, decupîndu-se cu foarfeca loc liber pentru ochi şi gură. Orice pansament umed se schimbă la cel puţin 4 ore şi are rolul de a descongestiona regiunea inflamată, de a ameliora mîncărimea şi de a ajuta îndepărtarea crustelor de pe pielea bolnavă.

Pudrarea. Sînt cazuri în bolile de piele cînd trebuie să se aplice unele pudre pe întreg corpul. În acest scop se utilizează prafuri de origine minerală sau vegetală, ca : talc, oxid de zinc, făină de orez, făină de grîu, la care se pot adăuga sulfamide, antibiotice etc. Aplicarea se face cu ajutorul unor cutii de metal sau de carton, ale căror capace se găuresc cu un ac mai gros. Se pot utiliza şi tampoane mici de vată, care se aruncă după folosire.

Aplicarea pomezilor se efectuează după ce eczema nu mai zemuieşte şi congestia locală a dispărut. Pomezile sînt formate dintr-un amestec de vaselină, lanolină şi diferite substanţe medicamentoase, prescrise de medic şi care se aplică pe piele în strat subţire. Cu un tampon de vată cu ulei se şterge pielea care a fost unsă pentru a se îndepărta pomada. Nu se utilizează în acest scop alcool sau benzină, pentru că irită.

Badijonările sînt o altă formă de aplicare locală a unor medicamente : se efectuează cu ajutorul unor tampoane de vată înfăşurate pe un creion sau beţişor şi muiate în substanţa medicamentoasă. Badijonările obişnuite se fac cu tinctură de iod, alcool mentolat (indicat în mîncărimile pielii) etc. ; se va avea grijă ca alcolul

Scanned with OKEN Scanner

și eterul care sînt substanțe inflamabile să nu se utilizeze în apropierea focului.

În cazul unor inflamații sau ulcerații ale mucoasei bucale se utilizează badijonările efectuate cu un tampon de vată. La fiecare tamponare se schimbă tamponul și niciodată un tampon folosit nu se reintroduce în soluția medicamentoasă.

Fricțiile se aplică cu spirt camforat 10%, apă alcoolizată, oțet aromatic, oțet cu apă, apă de colonie sau, cel mai bine, cu preparatele speciale pentru fricții care se găsesc la farmacii („Diana", „Carmol").

Băile medicinale se pot face cu sare, amidon, permanganat de potasiu și se efectuează de obicei cu apă la temperatura corpului, bolnavul putînd sta în baie 10—20 de minute. În unele afecțiuni ginecologice și în reumatism, într-o cadă obișnuită plină cu apă se dizolvă circa 6—8 kg sare, după indicații. Cu acțiune calmantă și sedativă se pot face băi cu extract de brad, cu tărîțe de grîu sau cu amidon. La temperatura de 35—36° se fac băi antitermice, la bolnavi cu febră.

Instilațiile. Pe suprafața mucoaselor se aplică diferite medicamente pentru tratament local sau general (există anumite substanțe medicamentoase care se resorb prin mucoase). Pe mucoasa conjunctivală se fac instilații cu ajutorul unei pipete. Se culcă bolnavul, se deschide ochiul cu două comprese sterile sau cu două tampoane de vată și se picură medicamentul prescris de medic, 1—2 picături în ambii ochi. Picătura va cădea pe partea albă a ochiului și nu pe cea colorată. În caz că ochiul lăcrimează se tamponează cu vată. Tot pe mucoasa conjunctivală se pot aplica și pomezi. Cel care aplică tratamentul trage în jos pleoapa inferioară cu un tampon și cu o baghetă aplică pomada pe fața internă a acestei pleoape în timp ce bolnavul privește în sus. Prin închiderea pleoapelor, alifia se va întinde pe suprafața ochiului. Instilația nazală se face cu o pipetă cu care se picură medicamentul în ambele nări. Bolnavul este așezat pe scaun cu capul aplecat pe spate, picăturile introduse fiind simțite de bolnav în faringe. În nas se pot introduce și alifii cu ajutorul unor tampoane de vată prinse la capătul unui bețișor și care, încărcate cu alifie, sînt introduse în fiecare nară, utilizîndu-se tampoane separate. În ureche se pot face instilații, culcînd bolnavul pe o parte, trăgînd cu mîna stîngă ușor pavilionul urechii și cu mîna dreaptă picurînd medicamentul. Se poate aplica un tampon de vată pentru a menține picăturile introduse minimum 10 minute. În caz de eczeme ale conductului se aplică alifia medicamentoasă cu ajutorul unui tampon.

Gargarele. Mucoasa bucală și fundul gîtului se pot spăla cu ajutorul unor soluții cel mai bine cu ceai de mușețel (emolient și cicatrizant). Gargarele se execută în felul următor : se ia lichid în gură și se clătește cavitatea bucală, umflînd obrajii, apoi soluția se scuipă. Se ia din nou în gură soluția medicamentoasă, se lasă capul înapoi, astfel încît lichidul de gargară să ajungă în faringe ; printr-o expirație se barbotează lichidul, apoi se aruncă din gură. Copiii prea mici nu pot face gargare. Cei mari trebuie învățați să nu înghită lichidul dezinfectant. O metodă bună este și spălarea fundului gîtului cu irigatorul, bolnavul stînd cu gura deschisă, mult aplecat deasupra unui lighean.

Ovulele vaginale pot fi introduse de bolnave în vagin în felul următor: bolnava se spală bine pe mîini și se culcă în pat ; cu degetele de la mîna stîngă îndepărtează labiile, iar cu

Scanned with OKEN Scanner

mîna dreaptă introduce ovulul, împingîndu-l cu degetul arătător pînă la colul uterin, apoi pune un tampon de vată, bolnava rămînînd în pat. Este bine ca înainte de introducerea ovulelor în vagin să se facă o spălătură pentru a se îndepărta secreţiile şi eventualele resturi de medicamente introduse anterior.

Aplicarea căldurii (uscate şi umede). Pentru aplicarea căldurii uscate se pot face băi calde cu nisip, se pot pune termofoare, perne electrice sau cataplasme uscate. În fiecare casă trebuie să se găsească un termofor, confecţionat din cauciuc, metal sau material plastic. Termoforul se umple cu apă caldă şi se închide cu un dop cu şurub. Termoforul nu se aplică direct pe piele ci se înveleşte cu o pînză sau alt material moale. Apa din termofor se schimbă din două în două ore, ca să se menţină temperatura dorită.

În cazul că nu există termofor dau rezultate foarte bune sticlele umplute cu apă caldă, bine închise şi învelite într-un prosop. *Vom avea grijă ca aplicaţiile de căldură să nu producă arsuri bolnavului şi nici să nu-l apese, provocîndu-i dureri.* Pernele electrice sînt uşor de întrebuinţat, se poate regla căldura, se aplică uşor în orice parte a corpului, dar trebuie ferite de umezeală pentru a nu provoca scurt circuit. De aceea nu se utilizează la copii, la bolnavii cu incontinenţă urinară şi nici la bolnavii care pun comprese sau transpiră mult. Cataplasmele calde uscate se realizează în felul următor : se încălzeşte în cuptor sare, tărîţe de grîu, făină sau nisip care se toarnă într-o pungă de pînză cu ţesătură deasă, legată la gură. Punga se aplică în regiunea dureroasă învelită într-un şervet.

Căldura umedă se realizează prin împachetări, comprese, cataplasme umede, duşuri, băi calde. Împachetările calde se fac cu ajutorul unui cearşaf înmuiat în apă fierbinte, în unele boli nervoase şi reumatismale. Durata împachetării este în medie o oră, în care timp acoperim bolnavul cu o pătură de lînă învelită într-un cearşaf uscat. Tehnica împachetării este următoarea : pe un pat pe care s-a pus o muşama se aşază o pătură, apoi cearşaful înmuit în apă caldă, cu care înpachetăm bolnavul foarte repede, înfăşurîndu-i la gît un prosop uscat. Pe cap, de obicei, se pune o compresă rece pentru a se evita congestia.

Compresele se realizează cu ajutorul unor prosoape sau al unor bucăţi de pînză muiate în apă la diferite temperaturi. Compresele se aplică la cap în nevralgii acute, migrene, dureri cu caracter reumatismal etc. În caz de hemoragie cerebrală compresele se aplică reci. În jurul gîtului se pun comprese calde, în cazul unor laringite acute, cînd bolnavul este răguşit şi are respiraţia modificată. În schimb, în amigdalitele acute se recomandă compresele reci. În nevralgii intercostale şi pleurite cronice se aplică comprese calde, iar în pneumonii, congestii pulmonare şi în special în hemoptizii se pun comprese reci în jurul toracelui. În palpitaţii se aplică comprese reci sau pungă cu gheaţă pe regiunea inimii. Compresele calde pe abdomen se aplică în colici hepatice sau intestinale, colici renale, inflamaţii cronice ale organelor genitale la femeie, iar compresele reci şi chiar punga cu gheaţă se utilizează în peritonitele acute, apendicite, colicistite, anexite acute. În durerile lombare se aplică comprese calde, bolnavul aşezîndu-se cu faţa în jos şi punîndu-se pe regiunea respectivă un prosop muiat în apă foarte fierbinte şi deasupra un prosop uscat.

Tehnica aplicării compreselor este simplă. Pînza sau prosopul care se

Scanned with OKEN Scanner

utilizează să fie bine stors, așa fel ca apa să nu curgă, iar materialele uscate care se aplică deasupra celor umede să fie mai late și mai lungi cu 2—3 cm. Trebuie să se aibă grijă ca circulația sîngelui să se facă corect în regiunile în care se pun compresele, care nu trebuie să strîngă sau să jeneze bolnavul. În caz de frison, compresele se scot și bolnavul se învelește. Este bine să avem la îndemînă prosoape, găleată cu apă caldă sau cu apă rece și un termometru pentru apă. Durata de aplicare a unei comprese este de minimum 20 de minute și maximum o oră. Temperatura apei pentru compresele reci este de 12—16°, iar pentru compresele calde de 38—43°, putîndu-se aplica și comprese cu apă de 50—55°. Efectul compreselor reci este de a micșora temperatura locală și de a diminua inflamația, producînd contracția pereților vasculari. Compresele calde au acțiune contra durerii provocînd o ușoară congestie locală și ajutînd procesul de resorbție în inflamațiile cronice. După indicațiile medicale se pot aplica alternativ comprese reci și comprese calde, avîndu-se grijă să se înceapă cu compresa caldă și să se termine cu compresa rece. Această aplicare se face de 5—6 ori, ținîndu-se un minut compresa rece și 2—3 minute compresa caldă.

Cataplasmele se utilizează în nevralgii, dureri musculare, dureri articulare de natură reumatică. Se pot face cataplasme din tărîțe de grîu, făină de porumb, de secară, pîine, care se amestecă cu apă pe foc pînă se fac ca o pastă. Făinurile iau aspect de mămăliguță pripită care se toarnă pe bucăți de flanea sau în săculețe de pînză deasă, lăsîndu-se pînă se mai răcesc, pentru a nu provoca arsuri pe piele. Cataplasmele se mențin 30—40 de minute pînă se răcesc. Se mai pot pregăti din flori de fîn, din mușețel, frunze de izmă, frunze de nalbă dar acestea nu se fierb pentru ca să nu piardă valoarea terapeutică, ci se udă cu apă fierbinte, punîndu-se într-un săculeț care se aplică pe regiunea dureroasă. O cataplasmă frecvent utilizată este cea cu muștar, care determină o congestie a pielii și în mod reflex influențează organele așezate în profunzimea regiunii respective. Se moaie 30—40 grame făină de muștar proaspătă cu apă călduță și se face un terci ca o pastă, care se întinde pe jumătate dintr-o pînză de două ori mai mare decît regiunea care trebuie acoperită. Se îndoaie partea uscată peste pasta de muștar, care are o grosime de circa 2 centimetri. Se aplică cataplasma pe piele, bolnavul stînd culcat și se observă de mai multe ori în timpul celor 10 minute (cît se ține de obicei cataplasma), pentru ca pielea să nu se irite.

În comerț există cataplasme pregătite cu făină de muștar, care se înmoaie în apă călduță și se aplică timp de maximum 15 minute. După ce se scot aceste cataplasme se clătește pielea cu apă călduță, se usucă și se unge cu vaselină sau mai bine cu Nivea. Muștarul este un medicament revulsiv (ușor iritant), care determină o congestie activă a pielii și se poate aplica și sub formă de băi de muștar, pregătindu-se apa în mod obișnuit și punîndu-se apoi un săculeț cu 100 grame făină de muștar. Nu se pune făina de muștar direct în apă, deoarece după baie se îndepărtează mai greu de pe piele. Temperatura apei să nu depășească 40 grade, deoarece se pierde efectul muștarului.

Ventuzele. Prin congestie locală și prin extravazare de sînge sub piele, ventuzele influențează favorabil inflamațiile localizate, intensifică circulația sîngelui în profunzime și mic-

Scanned with OKEN Scanner

ușorează durerile. Prin acțiunea lor ventuzele se aseamănă cu autohemoterapia. În mod curent se utilizează 10—12 ventuze. Înainte a le aplica acestea se spală și se dezinfectează. Se culcă bolnavul de obicei cu fața în jos, cu mîinile deasupra capului și pieptul sprijinit pe o pernă. Se pregătește un tampon la capătul unei vergele și alcoolul într-o sticlă cu dop (niciodată nu este bine să fie pus într-o ventuză, pentru că din greșeală, se poate răsturna peste bolnav, provocîndu-i grave arsuri). Nu se utilizează benzină sub nici un motiv. Înainte de a pune ventuze unui bolnav este bine ca persoanele începătoare să facă mai multe exerciții, supravegheate de o gospodină cu experiență, pentru că se cunosc multe accidente datorită neștiinței și lipsei de îndemînare. După ce se aprinde tamponul îmbibat cu alcool (care se ține în mîna dreaptă) se ia ventuza cu mîna stîngă, cu gura îndreptată în jos, se introduce tamponul aprins în interiorul ventuzei, făcîndu-se o mișcare circulară, foarte rapidă, se scoate flacăra din ventuză și se aplică apăsat ventuza pe pielea bolnavului. Prin introducerea flăcării, aerul se rarefiază, iar vidul format aspiră țesuturile moi în interiorul ventuzei. Pielea prinsă în ventuză este la început roșie, apoi ia o culoare vînătă, fără ca aceasta să însemne o stare mai gravă a bolii, așa cum greșit cred unele persoane. Nu se pun ventuze pe proeminențele osoase (coloana vertebrală, omoplat, umăr), pentru că doare, nici în dreptul inimii sau în axilă, unde sînt vase mari de sînge și nervi, și nici nu se aplică în același loc de mai multe ori. Persoana care a pus ventuzele rămîne lîngă bolnav timp de 10—15 minute, observă ca să fie bine învelit cu cearșaful și supraveghează colorația pielii din ventuze. Scoaterea ventuzelor se face apăsînd cu degetul pielea la marginea ventuzei, pentru ca aerul să pătrundă în interior. După ce s-au scos ventuzele se șterge pielea cu alcool și se face un ușor masaj cu vaselină. Înainte de aplicarea ventuzelor nu se utilizează substanțe uleioase.

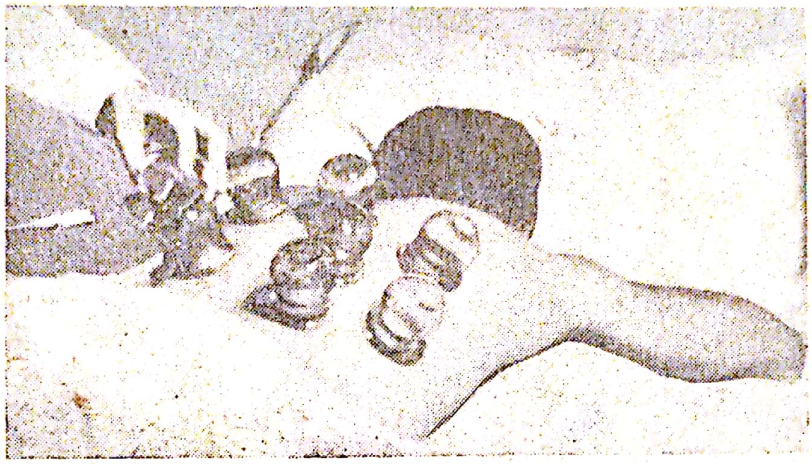


Fig. 151. — Aplicarea ventuzelor.

Clismele servesc la evacuarea intestinului gros și introducerea unor medicamente care nu pot fi administrate pe alte căi. Clismele alimentare se folosesc mai rar.

Clismele evacuatoare se fac cu ajutorul unui irigator, la care se atașează un tub de cauciuc, care la capăt are fixată o canulă (preferabil cu un sistem de închidere). Se utilizează apă călduță (25—30°) în cantitate de 500

Scanned with OKEN Scanner

pînă la 1 000 ml. Dacă medicul recomandă, în această apă se poate adăuga o soluție de sulfat de magneziu sau sulfat de sodiu. Se mai pot adăuga în apa pentru clismă 2—3 linguriță de săpun lichid sau o linguriță de sare de bucătărie sau 2—4 linguri de glicerină, care amestecate bine cu apa ajută la dizolvarea materiilor fecale. Se unge canula cu vaselină, se introduce în rect cu robinetul închis, ținîndu-se irigatorul mai jos de nivelul patului. Deschidem canula și ridicăm irigatorul; bolnavul simte apa călduță în rect și foarte încet lăsăm să curgă cantitatea de apă din irigator. Bolnavul este culcat pe partea stîngă, avînd dedesubt o mușama peste care s-a pus un cearșaf. În cazul că bolnavul stă culcat pe spate și nu poate fi mișcat se pune sub șezut plosca și se introduce canula după ce bolnavul a desfăcut coapsele. Dacă bolnavul acuză dureri în timpul clismei (datorită contracției musculaturii intestinului gros) se oprește curentul de apă, putîndu-se continua după ce se liniștește bolnavul. Cînd se termină clisma, bolnavul se întoarce pe partea dreaptă, ceea ce ajută ca lichidul să avanseze mai ușor în intestinul gros; este bine ca lichidul să poată fi reținut cel puțin 10 minute. Sînt unii bolnavi care nu suportă prea mult acest lichid. Dacă bolnavul poate merge la closet nu va fi lăsat singur, pentru că poate avea amețeli. Dacă bolnavul nu se poate deplasa se așază plosca la pat.

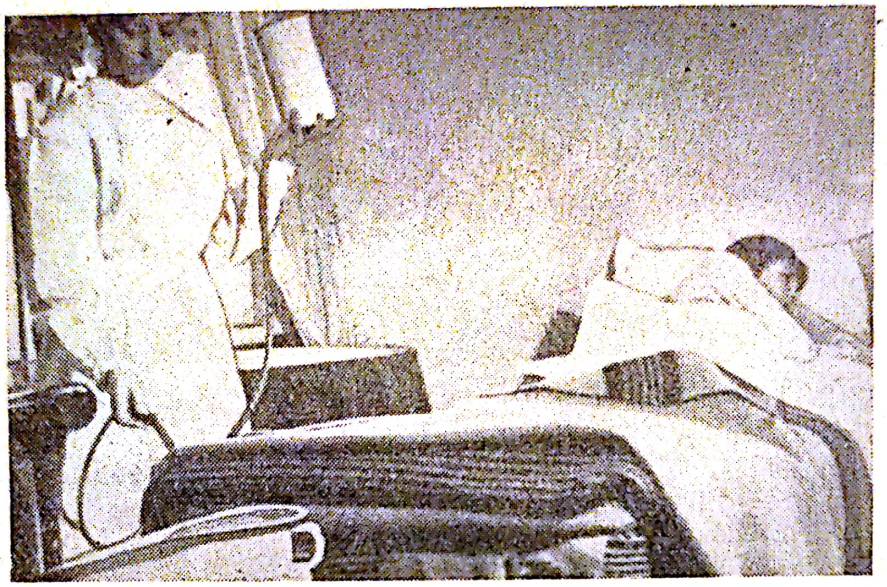


Fig. 152. — Pregătirea unei clisme: persoana bolnavă este așezată pe partea stîngă; se scoate aerul din tubul de cauciuc.

Spălătura vaginală se poate efectua de orice femeie, respectîndu-se indicațiile medicale. Spălăturile vaginale se pot face cu apă la 20 grade și cu apă la 50 grade. Bolnava se culcă pe spate în poziție ginecologică, dezvelită pînă la brîu. Peste mușamaua acoperită se pune plosca și se spală cu apă și săpun organele genitale externe. Pentru o spălătură caldă, vulva se unge cu vaselină. Se pregătește irigatorul, care a fost fiert împreună cu canula (din metal sau din ebonită) care se fixează la capătul tubului de cauciuc. Soluția pentru spălătură poate fi cu ceai de mușețel, permanganat de potasiu de culoare ușor roz

Scanned with OKEN Scanner

sau cu alte medicamente recomandate. Se toarnă 1 500—2 000 mililitri soluţie pregătită în irigator şi se goleşte de aer tubul de cauciuc, lăsînd să curgă apa în ploscă. Cu mîna stîngă se descoperă orificul vaginului şi se introduce canula, împingînd-o uşor înainte şi în jos, cam 10 centrimetri. Irigatorul se ridică la 50 de centimetri deasupra patului şi canula se scoate înainte de a se termina apa. Se usucă cu vată regiunea, se scoate plosca şi muşamaua, lăsînd bolnava culcată.

Îngrijirea bolnavului contagios

Deşi poate cea mai importantă din capitolul îngrijirii bolnavului în familie, această parte este cea mai scurtă. Pentru următoarele motive:

1. Pînă acum în acest capitol, au fost explicate diferite mijloace şi proceduri care, în totalitate, pot fi utilizate la îngrijirea bolnavului contagios în raport cu indicaţiile medicului.

2. În capitolul „Bolile contagioase" se fac toate precizările necesare în legătură cu problemele care interesează familia, ca de pildă cum se fac izolarea corectă acasă, dezinfecţia la domiciliu etc. Cititorul este rugat să se informeze la capitolul amintit.

Unde poate duce nepriceperea

Este bine să cunoaştem şi ceea ce se poate întîmpla dacă un bolnav nu este tratat corect. Întîlnim uneori oameni care au un genunchi îndoit într-o anchiloză vicioasă sau unii care merg cu laba piciorului răsucită în afară sau înăuntru. Dar aceste atitudini vicioase ar fi putut fi prevenite. De exemplu, articulaţia genunchiului, în timpul cît bolnavul a stat în pat, trebuia fixată în poziţie normală cu ajutorul a două săculeţe de nisip, aşezate de o parte şi de alta a genunchiului sau s-ar mai fi putut folosi un mijloc de extensiune cu greutăţi. Laba piciorului, dacă ar fi fost susţinută şi ea prin metode similare, desigur că nu ar fi avut această poziţie. Dar mai sînt şi alte cazuri cînd, de exemplu, pentru o rană în palmă (care în mod corect se imobilizează pe o bucată de scîndură sau de carton ca degetele să fie întinse) nu se respectă indicaţiile şi bolnavul rămîne cu mîna strînsă. Ca să se repare această greşeală de poziţie trebuie făcute intervenţii chirurgicale foarte migăloase, care nici măcar nu sînt urmate totdeauna de succes deplin.

Neglijenţele în îngrijirea bolnavului pot da naştere la serioase neplăceri chiar, atunci cînd iniţial este vorba de lucruri în aparenţă neînsemnate. O persoană cu dureri în regiunea toracelui pregăteşte singură o cataplasmă de muştar şi roagă pe o vecină să i-o aplice. Bolnava adoarme, vecina se gîndeşte să n-o deranjeze, iar după o jumătate de oră, cînd se trezeşte din cauza usturimilor din regiunea cataplasmei îşi dă seama că nişte vezicule cu lichid îi acoperă pielea. Multe săptămîni vor trece pînă să se cicatrizeze arsura. Un alt exemplu este în legătură cu o bolnavă care a stat mai mult timp în pat, cu aceeaşi îmbrăcăminte ziua şi noaptea, fără să i se facă o baie generală, sau cel puţin toaleta zilnică a pielii corpului şi care la un moment dat a constatat

Scanned with OKEN Scanner

apariţia unor umflături roşii, dureroase, de mărimea unor monede de 5 bani şi care la mijloc aveau un punct albicios. Au apărut întîi în axile, apoi pe spate, în regiunea fesieră, au crescut de volum şi au început să spargă. Starea generală s-a agravat, bolnava a devenit febrilă, furunculele apărute au trebuit deschise pentru a se elimina toată colecţia purulentă, iar microbii care erau cauza acestor furuncule au trecut în sînge, dînd o boală foarte gravă, numită septicemie. Tot ca urmare a nepriceperii în îngrijire apar escare care se pot infecta, agravînd starea bolnavului.

Congestiile pulmonare sînt complicaţii la unii bolnavi care trebuie să stea prea mult în pat, culcaţi pe spate. Este bine, aşa cum s-a arătat la alt capitol, ca poziţiile bolnavului să se schimbe, ridicîndu-l, cu ajutorul pernelor sau al unui spătar special, pentru a nu se produce complicaţii pulmonare.

Alături de supravegherea funcţiilor fiziologice este necesar să ne preocupăm de psihologia bolnavului, pentru ca acesta să capete încredere în vindecare sau în recuperarea cît mai avantajoasă pentru el a funcţiilor temporar pierdute.

Scanned with OKEN Scanner

23

Analize medicale

- Generalităţi 431
- Într-un laborator 432
- Analize uzuale 432
- Cum interpretăm analizele . . . 440
- Pregătirea pentru analize 440
- Scurte concluzii 441

Generalităţi

Vom aborda în acest capitol cîteva probleme, legate de ceea ce se numeşte în mod obişnuit, într-un singur cuvînt *analizele*. Este vorba de acele tehnici sau metode cu ajutorul cărora „se prelungesc simţurile medicului" şi se pătrunde în intimitatea unor fenomene ale organismului. Năzuinţa omului de a cunoaşte tainele propriei sale fiinţe datează de milenii. După un drum lung şi anevoios, ştiinţa şi tehnica puse în slujba omului ne-au adus la concepţia actuală asupra cercetării bolnavului cu ajutorul laboratorului. Avem astăzi posibilitatea de a cunoaşte structura intimă şi funcţiile fiecărui organ în parte, schimbările cele mai mici ale compoziţiei sîngelui, de a privi direct, pe viu, înăuntrul unor organe cavitare (stomac, bronhii), prin tehnica endoscopiei. Fiecare metodă de explorare furnizează însă doar imagini fragmentare, simple pietre de temelie, pe care numai competenţa medicului le poate alege, valorifica, aduna şi fixa, la locul cuvenit, pentru a fundamenta un diagnostic sau tratament. Stăruie printre unii bolnavi o anumită atracţie faţă de „analize", aşteptîndu-se de la ele adevărate acte de revelaţie, cu totul străine ştiinţei. Aceasta datorită ignorării scopului şi posibilităţilor reale ale analizelor, indicaţiei lor juste, valorii sau uneori relativităţii rezultatelor. În scopul unei cunoaşteri reale a problemei analizelor şi al definirii poziţiei raţionale a bolnavului faţă de ele poate că ar fi util să trecem în revistă posibilităţile actuale ale laboratorului.

Scanned with OKEN Scanner

Într-un laborator

Pătrunzînd într-un laborator medical modern vom constata de la început că aici și-au dat întîlnire felurite ramuri ale științei și tehnicii : chimia, bacteriologia, virusologia, biologia, fizica cu diversele ei domenii (optică, mecanică, electricitate, acustică, spectroscopie, radioactivitate) și chiar matematica, în ale cărei formule precise sînt cuprinse astăzi mereu mai multe fenomene biologice. Toate la un loc permit cercetarea organismului, surprins în însăși dinamica lui, prin posibilitatea de a studia : structura unor organe prin biopsie ; funcțiile unor organe, sisteme sau aparate ; concentrația unor substanțe normal secretate sau produse în organism (uree, acid uric, colesterină, glucoză etc.) ; prezența unor substanțe străine organismului, incidental pătrunse sau formate ; numărul și felul elementelor celulare din sînge sau alte lichide ale organismului (urină, bilă etc.) ; speciile de bacterii sau virusuri pătrunse în organism ; curenții electrici produși prin funcționarea unor organe (inimă, creier) ; circulația sîngelui sau a impulsurilor nervoase.

Analize uzuale

Hemograma este o analiză prin care se realizează numărătoarea elementelor celulare ale sîngelui. În afara cazurilor cu caracter de urgență, hemograma se practică în primele ore ale dimineții, la bolnavul nemîncat și nebăut de 12 ore, de asemenea fără să fi fumat. Recoltarea sîngelui se face la laborator, dar pentru bolnavii nedeplasabili se poate face și la pat (în spital sau la domiciliu). Se recoltează sîngele cu ajutorul unei pipete, din pulpa unui deget al mîinii, după prealabilă dezinfecție și înțepare cu un ac sterilizat prin fierbere. Rezultatul hemogramei se exprimă prin numărul de globule aflate într-un milimetru cub de sînge. În mod normal se găsesc între 4 și 5 milioane hematii, 5 000—8 000 leucocite și 200 000—300 000 trombocite. Se adaugă pe buletin procentajul de hemoglobină și proporțiile diverselor tipuri de globule albe. Prin numărătoare se poate cunoaște procesul de formare a globulelor la nivelul măduvei osoase și modificările patologice ale acestui proces în cursul anemiilor, diverselor infecții, hemoragiilor, bolii canceroase etc. Citirea și interpretarea hemogramei constituie un act complex și de răspundere, care depășește posibilitățile oricui nu posedă o pregătire medicală. În afara factorilor de boală, hemograma poate fi influențată de mici „defecțiuni de tehnică", de temperatura exterioară, starea sistemului nervos, activitatea musculară. Astăzi, alături de numărătoarea globulelor, se folosește *determinarea hematocritului*, prin care se stabilește procentual volumul hematiilor într-o masă de sînge (normal, valori între 40 și 47%).

Medulograma. În cazul unor anemii grave, leucemii sau hemograme neconcludente este necesară explorarea directă a măduvei osoase la nivelul sternului, printr-o puncție executată cu un ac special. Tehnica este simplă, puțin dureroasă, puncția fiind precedată de o anestezie cu novocaină. Rezultatul ei, medulograma, impune cunoștințe aprofundate în vederea interpretării.

Scanned with OKEN Scanner

Determinarea timpilor de coagulare și de sîngerare. Un important proces fiziologic este cel al coagulării sîngelui, proces de care depind oprirea unei hemoragii, vindecarea unei plăgi, ca și prevenirea unor hemoragii spontane. Factorii sanguini care intervin în mecanismul coagulării sînt numeroși, dar laboratorul modern permite, în bună parte, determinarea lor. Cea mai simplă și rapidă metodă, realizabilă chiar la patul bolnavului, este determinarea timpilor de coagulare și de sîngerare. Pentru timpul de coagulare se pune pe o lamă de sticlă o picătură de sînge, recoltată din pulpa degetului și se urmărește în minute timpul necesar coagulării ei (normal 8—10 minute). Aceste două analize au valoare orientativă pentru medic fie în vederea stabilirii tratamentului unei hemoragii sau în pregătirea preoperatorie a bolnavului, fie pentru extinderea cercetării de laborator, în cazul unor tulburări mai grave.

Plasma sanguină este o soluție și o suspensie de diverse substanțe, provenite din funcționarea normală sau patologică a diferitelor organe. Existența lor este subordonată în parte posibilităților de eliminare ale organismului (rinichi, piele, plămîni, intestin). Prin tehnici de laborator se determină prezența și concentrația unora dintre aceste substanțe, mai frecvent cercetate fiind calciul, fierul, clorul, proteinele cu diversele lor componente, ureea și acidul uric ca martori ai bunei funcționări a rinichilor, colesterolul legat de unele boli de ficat sau ateroscleroză, glucoza pentru diagnosticul diabeticului, bilirubina în bolile ficatului. Recoltarea sîngelui se face de obicei dimineața, pe nemîncate, cu o seringă sterilă, uscată. Se extrag 5—20 ml sînge, care se depun într-o eprubetă, uneori în prezența unei substanțe anticoagulante. Riscul anemierii prin prelevarea sîngelui, invocat de bolnavii mai emotivi, este total inexistent. Cei 10—20 ml sînge constituie abia 1/250—1/500 din sîngele total, iar

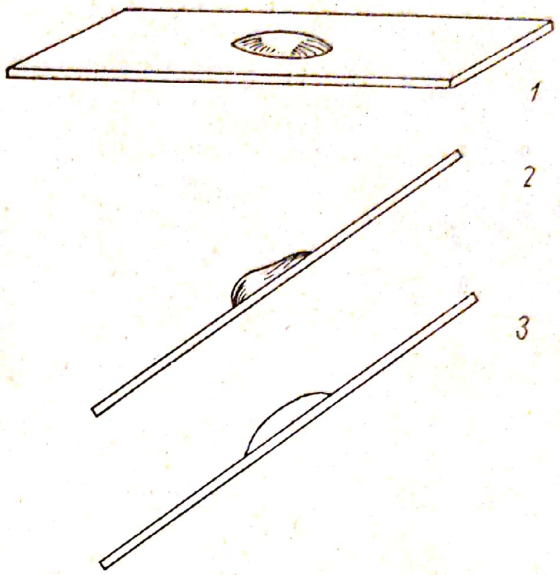


Fig. 153. — Timpul de coagulare: *1*-picătură de sînge depusă pe lamă; *2*-sîngele necoagulat; *3*-sîngele coagulat.

refacerea lor nu constituie nici o problemă pentru măduva oaselor.

Hemocultura este indicată în cazurile în care bănuim prezența unui agent microbian în sîngele bolnavului. Aceasta constă în prelevarea a 10—20 ml sînge, în condiții de perfectă sterilitate, în vase conținînd un mediu nutritiv pentru microbi. Se urmăresc dezvoltarea rapidă a acestora în condiții favorabile de temperatură, recunoașterea lor la microscop sau prin alte determinări speciale. Hemocultura se practică în general bolnavilor a căror stare impune spitalizarea și are o importantă valoare orientativă în eventuala alegere a antibioticelor pentru tratament, făcîndu-se și antibiograma.

Dozarea acidității stomacale este o importantă și utilă analiză, primită cu anumită rezervă de unii bolnavi. Rolul ei în precizarea diagnosticului și tratamentului este cu atît mai

mare, cu cît nu poate fi înlocuită prin nici o altă analiză. Recoltarea sucului gastric se face dimineața, la bolnavul care nu a mîncat, nu a băut și nu a fumat de 12 ore. Tubul subțire de cauciuc, prevăzut la capăt cu o bilă metalică perforată, este introdus prin gură sau nas și, prin cîteva mișcări de înghițire (foarte simple la persoanele cu nervii echilibrați), ajunge în stomac. Se extrage cu o seringă lichidul existent aici, apoi se provoacă secreția stomacului fie prin introducerea unei soluții slabe de alcool, fie printr-o injecție cu histamină. Se continuă extragerea lichidului la fiecare 15 minute, timp de o oră și jumătate pînă la două ore, după care se dozează acidul clorhidric în fiecare eșantion.

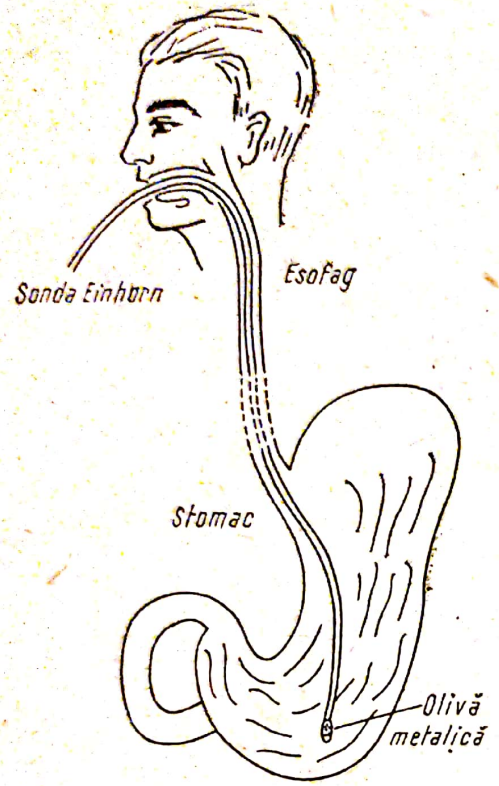


Fig. 154. — Tubajul gastric.

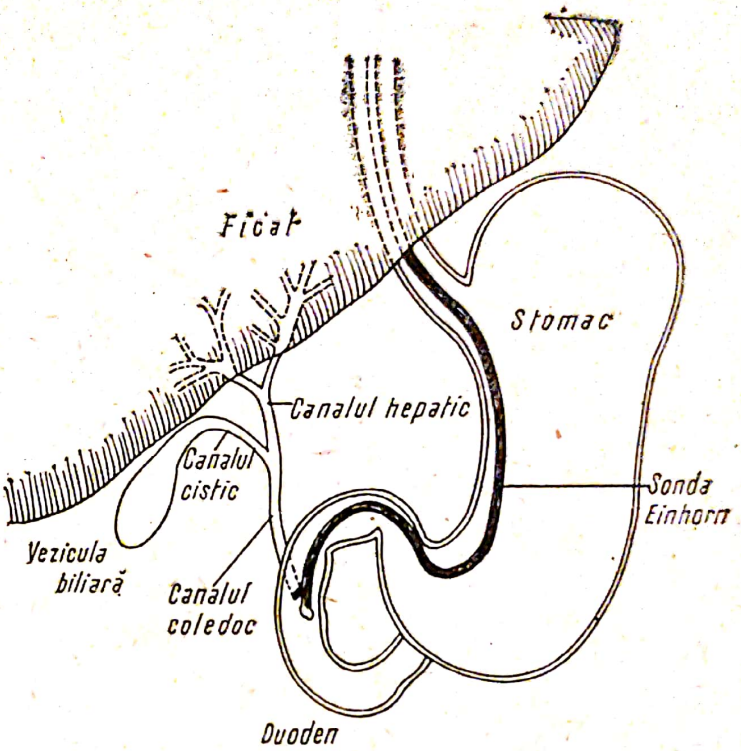


Fig. 155. — Tubajul duodenal.

Tubajul duodenal constă în introcerea aceleiași sonde ca pentru chimismul gastric, în duoden, prin culcarea bolnavului pe partea dreaptă. Tubul, înghițit încet în continuare, trece prin pilor și ajunge în a doua porțiune a duodenului, de unde se recoltează bila ce se scurge din canalul coledoc. Lichidul obținut este analizat din punctul de vedere al aspectului, cantității, ritmului de eliminare, conținutului chimic, microbian, parazitologic și celular.

Radioscopia gastro-intestinală este o cercetare extrem de solicitată de bolnavi. Există credința în posibilitățile nelimitate ale acesteia, în precizarea oricărei suferințe abdominale. Valoarea examenului radiologic este într-adevăr foarte mare, totuși limitată la anumite boli, de obicei cronice (gastrite, ulcere, tumori, unele colite etc.). În rest, examenul radiologic poate fi negativ, cu toate suferințele reale ale bolnavului.

Gastroscopia este o metodă mai nouă în cercetarea stomacului, prin explorarea vizuală a cavității sale, cu

Scanned with OKEN Scanner

ajutorul unui tub metalic prevăzut cu un sistem optic. Metoda se practică numai acolo unde alte procedee n-au dat rezultat, ţinînd însă seama că chiar cu gastroscopul nu putem explora decît porţiuni restrînse ale mucoasei stomacului. La nevoie, o dată cu efectuarea gastroscopiei se pot extrage mici fragmente de mucoasă, în vederea cercetării lor la microscop.

Rectoscopia realizează aceeaşi modalitate de explorare la nivelul rectului, adică a ultimilor 25—30 centimetri de intestin gros. Este un examen relativ simplu, dar bogat în informaţii asupra organului cercetat, permiţînd şi prelevări de mucoasă, fecale sau secreţii, în vederea unor analize complementare.

O analiză frecvent efectuată este cea a fecalelor. Modul de pregătire şi recoltare diferă după scopul urmărit. Pentru diagnosticul viermilor intestinali, recoltarea fecalelor se face de preferat dimineaţa, uneori după administrarea de cu seară a unui laxativ. Cu ajutorul unui beţişor se culeg cîteva mici fragmente din diferitele părţi ale scaunului, introducîndu-le într-o cutie curată de sticlă sau material plastic, care să se închidă bine. Transportul la laborator se face în cel mai scurt timp. Un rezultat pozitiv (descoperirea ouălor diferitelor specii de viermi) este totdeauna concludent şi este urmat de tratamentul specific. În schimb, în caz de rezultat negativ, este bine să se repete de 2—3 ori analiza, înainte de a infirma prezenţa viermilor intestinali.

Coprocultura se practică în vederea depistării unor infecţii intestinale acute sau cronice. Ea constă în recoltarea fecalelor în vase sterile, direct sau cu ajutorul rectoscopului. Bolnavilor cronici sau celor fără simptome evidente li se administrează în prealabil un purgativ (sare amară). Prin această metodă se pot descoperi microbii febrei tifoide, ai dizenteriei, ai toxiinfecţiilor alimentare etc., permiţîndu-se luarea măsurilor potrivite

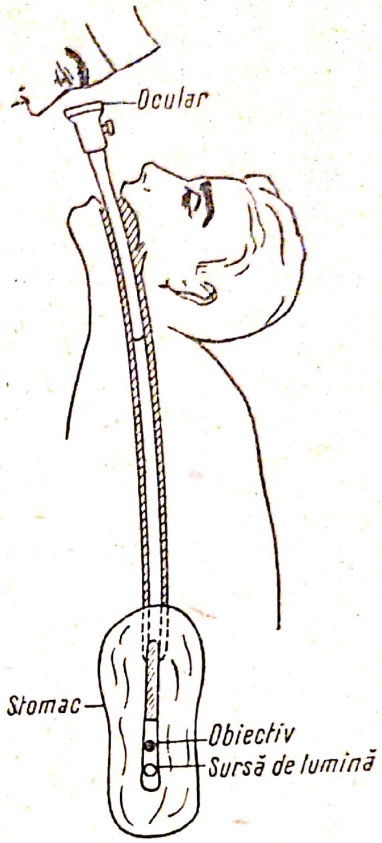


Fig. 156. — Gastroscopie.

pentru evitarea împrăştierii microbilor în colectivitate.

Proba de digestie este mai puţin cunoscută publicului. Este vorba despre cercetarea în fecale a reziduurilor provenite din digestia diverselor alimente. Analiza este precedată de o pregătire de 2—3 zile, prin administrarea unui regim special cuprinzînd toţi factorii alimentari (mai ales pîine, cartofi, ouă, carne de vită, lapte, unt). Fecalele se aduc în cel mai scurt timp la laborator, protejate împotriva căldurii în timpul verii. Proba se amînă în caz de diaree. Valoarea ei diagnostică este mare în

insuficiențele secretoare stomacale, hepatice, pancreatice.

Reacțiile de disproteinemie. Ficatul, importantă glandă anexă a aparatului digestiv, oferă și el variate posibilități de cercetare prin examene de laborator. Ne vom ocupa, în primul rînd, de mult solicitatele „probe hepatice", corect denumite reacții de disproteinemie. Ele nu constituie o analiză direct hepatică, ci doar punerea în evidență a răsunetului unor boli de ficat, dar și a altor boli, asupra proteinelor din sînge. Cele mai utilizate reacții de disproteinemie sînt : Gross, Takata-Ara, timol, sulfat de zinc (testul Kunkel). În diagnosticul bolilor de ficat o valoare deosebită prezintă și testul transaminazelor. Recoltarea sîngelui se face dimineața, pe nemîncate. Pentru ca rezultatul analizei să nu fie alterat este utilă precauția ca în seara precedentă să nu se consume alimente grase. Interpretarea rezultatelor se face cu multă minuțiozitate, ținînd seama de faptul că fiecare dintre reacții prezintă o anumită semnificație, unele fiind subordonate proceselor acute, altele proceselor cronice de îmbolnăvire. Este un domeniu în care bolnavul nu este bine să se aventureze singur pentru că poate să tragă concluzii greșite.

Electroforeza proteinelor serice este un procedeu de laborator prin care, cu ajutorul curentului electric se realizează o separare fracționată a acestor substanțe, ca și determinarea lor procentuală și absolută (gravimetrică). Variațiile în plus sau în minus ale albuminelor și globulinelor, precum și raportul dintre ele oferă semnificații interesante în bolile ficatului, dar și în cele alte rinichiului sau sîngelui.

Puncția-biopsie hepatică este o metodă de investigație destul de recent intrată în uz. Se practică numai în cazuri relativ rare și constă în recoltarea unui mic fragment de țesut hepatic cu ajutorul unui ac special (trocar) introdus în ficat, după o prealabilă anestezie cu novocaină, printr-un spațiu intercostal sau pe sub marginea coastelor. Mica operație impune spitalizarea bolnavului, pentru pregătirea și supravegherea sa în continuare. Examenul microscopic al fragmentului de țesut hepatic este valoros în bolile ce cuprind organul în întregime (hepatite cronice, ciroze) și puțin concludent în cazul unor procese localizate (tumori). În aceste cazuri poate fi folosită *laparoscopia.* Este vorba de introducerea prin peretele abdominal a unui instrument optic tubular, care permite cercetarea vizuală a ficatului și veziculei biliare. Prin intermediul laparoscopului se pot recolta fragmente de țesut hepatic din zonele considerate suspecte.

Pentru investigarea căilor biliare (colecist, canal cistic, coledoc) se folosesc în general două metode binecunoscute, tubajul duodenal (despre care am vorbit în paginile anterioare) și colecistografia.

Colecistografia constă în radiografierea regiunii colecistului (veziculei biliare), după prealabila introducere, pe cale injectabilă sau pe gură, a unei substanțe care se concentrează în căile biliare, făcîndu-le opace la razele Röntgen. Pregătirea în vederea colecistografiei, destul de minuțioasă, este indicată bolnavului, de la caz la caz, de către medicul radiolog. Colecistografia este utilă în depistarea unor calculi biliari, tumori sau tulburări de contracție ale căilor biliare.

Scintigrama. În ultimii ani, izotopii radioactivi au deschis noi posibilități de cercetare a ficatului. Se injectează în organism o substanță cu afinitate specială pentru ficat, conținînd un element radioactiv. Înregistrînd ra-

Scanned with OKEN Scanner

dioactivitatea cîştigată de ficat pe întreaga lui suprafaţă se obţine *scintigrama*. Eventualele neomogenităţi ale imaginii pun în evidenţă tumori, chisturi, abcese ale ficatului, greu de depistat prin alte mijloace.

Analiza de urină, aparent binecunoscută de profani, ascunde destule „secrete". Recoltarea urinii se face fie simplu, dimineaţa la prima urinare, fie, în cazuri prescrise de medic, prin colectarea ei timp de 24 de ore. În ambele cazuri, urina se trimite laboratorului în sticle curate. Există o serie de factori posibili de eroare: prezenţa în urină a unor produse chimice ca piramidonul, antipirina, fenacetina şi antibioticele, iar la femeie, sîngele şi produsele albuminoase, prin recoltarea urinii în perioada menstruală sau imediat după aceasta, ca şi în cazul existenţei unor secreţii genitale abundente. Se va urmări evitarea acestor cauze de falsificare a rezultatului, prin înlăturarea lor în zilele ce preced analiza

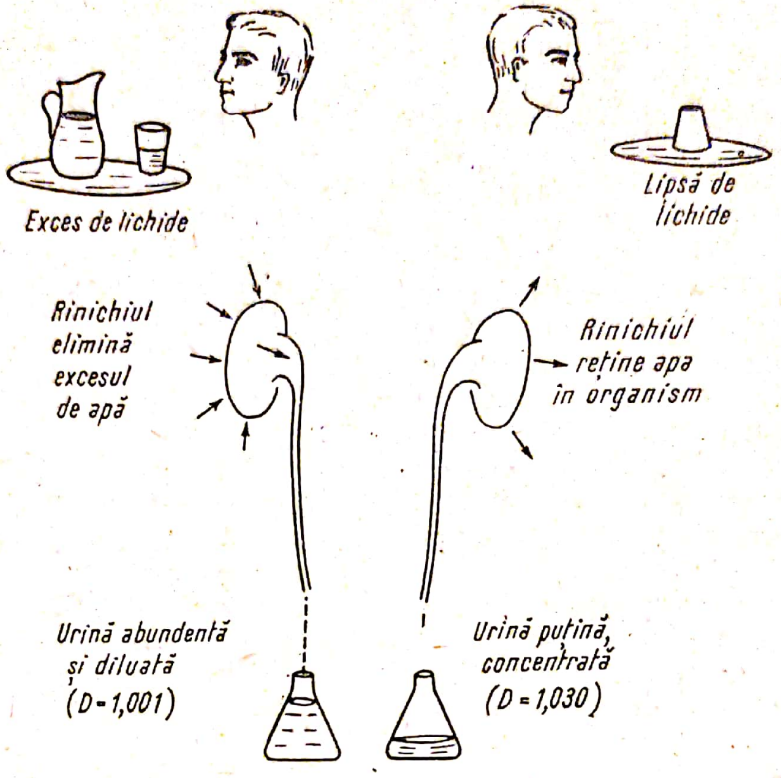


Fig. 157. — Proba de diluţie şi concentraţie.

Urocultura se practică în cazul unor infecţii ale căilor urinare. Ea constă în recoltarea urinii cu instrumente şi în vase sterile, urmată de anumite prelucrări care permit descoperirea microbilor în cauză.

Puterea de diluţie şi de concentraţie a rinichilor este o probă de mare interes în anumite cazuri de boală (nefrite) şi exprimă capacitatea de funcţionare a rinichilor. Un rinichi este cu atît mai sănătos, cu cît, în faţa excesului sau a lipsei de apă în organism, se poate adapta, eliminînd o urină mai diluată sau mai concentrată. Cu cît capacitatea de variaţie a densităţii este mai scăzută, cu atît şi capacitatea funcţională a rinichilor este mai compromisă. Pregătirea bol-

navului pentru această probă se face numai sub supraveghere medicală.

Explorarea căilor urinare se completează prin mijloace radiologice, folosindu-se substanţe opace la razele Röntgen, care se introduc fie intravenos, fie prin sondaj. Pregătirea bolnavului în vederea acestor examene impune o cît mai completă evacuare a fecalelor şi gazelor din intestin prin purgative, clisme sau cărbune absorbant.

Cistoscopia constă în explorarea vizuală directă, cu ajutorul unui instrument optic (cistoscop), a vezicii urinare. După introducerea cistoscopului se evacuează urina şi se injectează în vezică un lichid transparent, care nu deranjează cu nimic vizibilitatea dar ţine destinşi pereţii vezicii. Prin această metodă se pot descoperi leziuni inflamatoare sau tumorale ale pereţilor, prezenţa unor calculi sau corpi străini, modul de funcţionare ritmică a celor două uretere (eliminarea în jeturi a unei substanţe colorate care a fost injectată intravenos cu cîteva minute înainte). Cu ajutorul cistoscopiei se pot introduce substanţe de contrast în aparatul urinar (de jos în sus), în vederea examenului radiologic.

Examenul radiologic al plămînului, deşi de mult intrat în uz, este încă înţeles ca un „vede tot" al cavităţii toracice. În realitate, şi în acest domeniu radiologia are posibilităţi limitate de investigaţie, sînt vizibile radiologic numai leziunile ce privesc ţesutul pulmonar propriu-zis (congestii, pneumonii, tumori, leziuni tuberculoase, chisturi, abcese) şi cele ce afectează foiţa de înveliş a plămînului, pleura (îngroşări pleurale şi pleurezii). Frecventele bronşite şi traheite nu sînt vizibile radiologic decît în cazul unor complicaţii. Numai asocierea examenului clinic direct al plămînului cu rezultatul examenului radiologic poate crea o bază pentru stabilirea unui diagnostic corect.

Bronhoscopia. Pentru examenul intimp al traheei şi bronhiilor se foloseşte astăzi bronhoscopul, aparat cu aceleaşi principii de funcţionare ca şi gastroscopul. Cu ajutorul lui se pot preciza sediul şi natura unor leziuni ale căilor respiratorii, se pot recolta fragmente de mucoasă, se pot introduce medicamente cu acţiune directă. Acest procedeu se practică numai în secţii de specialitate şi numai în cazuri cu indicaţii bine precizate.

Electrocardiografia. Este vorba de înregistrarea pe o peliculă anume, sub forma unei curbe, a curenţilor electrici determinaţi de contracţia ritmică a muşchiului inimii. Din modificările de ritm, formă sau amplitudine ale curbei electrice, se pot trage concluzii asupra stării şi modului de funcţionare a muşchiului cardiac şi vaselor sale hrănitoare (arterele coronariene). Electrocardiograma fiind utilă numai în anumite boli ale inimii trebuie precedată de examenul clinic al bolnavului.

Cateterismul cardiac este o metodă mai nouă de cercetare a inimii. El constă în introducerea, prin intermediul unei vene, a unui tub subţire pînă într-una din cavităţile inimii şi înregistrarea cu ajutorul lui a presiunilor interioare, a circulaţiei sîngelui, a conţinutului în oxigen sau bioxid de carbon. Se foloseşte numai în anumite boli ale inimii.

Viteza de sedimentare, fără a fi o analiză specifică bolii reumatice, exprimă dezechilibrul diverşilor factori sanguini, provocat de o multitudine de boli în evoluţie, printre care şi boala reumatismală. O viteză de sedimentare crescută nu impune obligatoriu diagnosticul de reumatism, după cum o viteză de sedimentare normală nu exclude existenţa unui reumatism

Scanned with OKEN Scanner

(în faza de acalmie). Pentru această analiză, sîngele se recoltează dimineața, pe nemîncate, într-o seringă în care se adaugă o substanță ce împiedică coagularea.

Determinarea antistreptolizinei O servește la recunoașterea unei infecții cu streptococi în plină activitate, infecție care stă cele mai deseori la originea unui reumatism.

Examenul lichidului cefalo-rahidian. În bolile sistemului nervos se solicită deseori examenul lichidului cefalo-rahidian. Acest lichid, în cantitate normală de circa 130 ml, învăluie creierul și măduva spinării. Aspectul, cantitatea și conținutul lui pot suferi modificări caracteristice în unele boli ale sistemului nervos. Extragerea se face prin puncționarea canalului rahidian fie în regiunea lombară (la șale), fie în regiunea suboccipitală (la ceafă), caz în care nu mai este necesară spitalizarea.

Diagnosticul precoce al cancerului cu contribuția laboratorului își găsește realizarea în măsura în care bolnavul apelează la medic de îndată ce observă apariția unei leziuni sau tulburări fără cauză precisă și fără tendință spontană la vindecare. Controlul preventiv oncologic, practicat la noi în țară, reușește să descopere multe din leziunile canceroase incipiente.

O metodă de diagnostic, utilizabilă astăzi aproape pentru toate organele, este *biopsia,* adică recoltarea unui fragment pentru examen microscopic. Prelevarea este simplă pentru regiunile de suprafață, iar în cazul unor organe profunde se practică *puncția-biopsie,* care constă în pătrunderea cu ajutorul unor ace-trocare sau aparate endoscopice în interiorul organelor respective (în stomac, bronhii, vezică urinară sau în abdomen pentru ficat și splină), urmată de prelevarea fragmentului.

Izotopii în laborator. Descoperirea izotopilor radioactivi dă posibilitatea

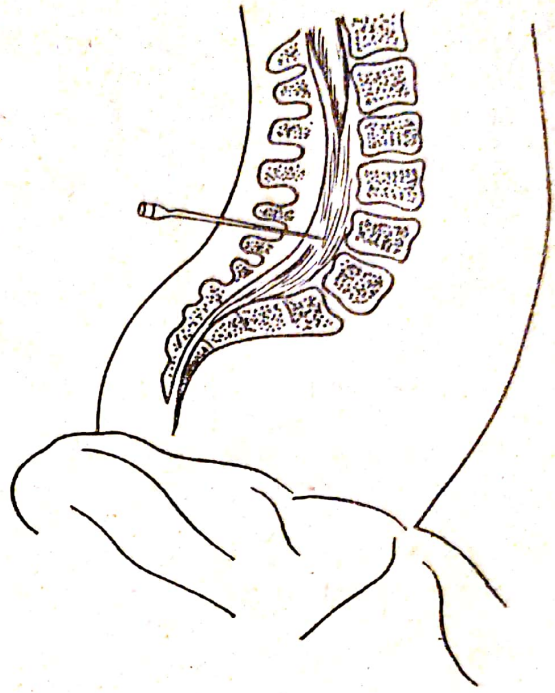


Fig. 158. — Puncție lombară.

studierii unor organe sau funcții „pe viu". Se folosesc substanțe atrase cu precădere de anumite organe (iodul de către tiroidă) sau care se elimină pe căi preferențiale (rozul Bengal prin căile biliare) și se urmărește circulația lor cu aparate detectoare ale radiațiilor. În felul acesta s-a reușit investigarea mai largă a bolilor tiroidei, a circulației sîngelui, a metabolismului unor substanțe din organism (fier, proteine etc.), a absorbției intestinale, a vieții globulelor roșii.

Antibiograma. Utilizarea tot mai largă a antibioticelor necesită, în numeroase cazuri, determinarea sensibilității microbilor față de felurite preparate. Pentru realizarea antibiogramei se izolează din sîngele, puroiul sau secrețiile bolnavului microbul în cauză și se pune în contact cu

diverse antibiotice, urmărindu-se gradul de distrugere a coloniilor microbiene. Rezultatul antibiogramei are caracter orientativ și nu absolut pentru medic, ținînd seama de faptul că în organismul viu comportamentul microbilor poate fi altul decît în eprubetă.

Cum interpretăm analizele

Fără a subestima rolul important al laboratorului în practica medicală trebuie să recunoaștem că prea puține sînt acele analize care pot decide ele singure, necondiționat, un diagnostic. Fiecare „analiză" reprezintă doar o imagine, restrînsă în timp și spațiu, a unui fragment de organism sau organ. Pentru a căpăta valoare, „imaginea" trebuie interpretată în raport cu alte „imagini" și mai ales introdusă în panorama largă, cuprinzătoare, oferită numai de examenul clinic complet al bolnavului. Se mai întîlnesc bolnavi care, cu un buletin de analiză în mînă, aleargă pe la diverși medici sau cunoscuți, cerîndu-le în grabă un sfat sau un diagnostic. De aceea este necesar să aducem cîteva precizări cu privire la modul rațional de utilizare a analizelor.

În primul rînd trebuie ținut seama de faptul că, prin indicarea unor analize, medicul poate urmări, de la caz la caz, diferite obiective. Analizele pot sprijini diagnosticul unei boli prezente sau depistarea cauzelor care au provocat-o, pot ajuta la stabilirea diagnosticului unei boli din trecut, precum și la aprecierea perspectivelor de viitor. Cu sprijinul analizelor se poate urmări eficacitatea tratamentului, alteori ele capătă caracter profilactic, descoperind din timp cele mai mici semne de îmbolnăvire.

Alegerea analizei este bine să aparțină în întregime medicului, care are infinit mai multe șanse să le recomande pe cele cu adevărat necesare completării diagnosticului sau fixării tratamentului. Alegerea analizei este în dependență de foarte mulți factori, printre care stadiul de boală și tulburările pe care aceasta le declanșează succesiv în organism.

Pregătirea pentru analize

De o deosebită importanță este pregătirea bolnavului în vederea analizelor. În general, medicul precizează pentru fiecare caz în parte toate amănuntele, recomandînd efectuarea pregătirii ambulatoriu sau în condiții de spitalizare. După cum am văzut, pentru analizele de sînge (în afara unor cazuri de urgență) recoltarea se face dimineața, pe nemîncate, evitînd influența alimentației, fumatului sau altor cauze asupra compoziției sîngelui. Cu ocazia explorărilor tubului digestiv se impune ca acesta să nu fie ocupat de alimente. Bolnavul se prezintă la medic nemîncat și nebăut, ferindu-se chiar să fumeze (fumatul provoacă secreții care stînjenesc examenul radiologic). În cazul investigării intestinului gros se va face o purgație prealabilă (purgativ sau clismă). În pregătirea unor analize se cere o alimentație specială. Astfel, cu 2—3 zile înaintea metabolismului bazal, se vor scoate din rație proteinele (carne, ouă, brînză, legume uscate) iar pentru depistarea hemoragiilor oculte (sîngerări mici) în fecale se instituie o alimentație esențial lactată (sînt total oprite carnea, ouăle,

Scanned with OKEN Scanner

verdeţurile, legumele). Există anumite situaţii în care se dovedeşte foarte utilă păstrarea unor produse utile examenului de laborator : vărsăturile, pietrele eliminate cu ocazia urinării, fecalele (în cazul unei toxiinfecţii alimentare), viermii intestinali.

Dacă problema recoltării şi transportului produsului recoltat nu se pune atunci cînd bolnavul se deplasează la laborator, ea solicită o grijă deosebită cînd prelevările se fac la domiciliu. Transportul produselor de laborator se face în cel mai scurt timp, pentru a se evita alterările posibile. Se va asigura protecţia lor faţă de agenţii externi (praf, uscăciune, temperatură ridicată, îngheţ), printr-o închidere cît mai bună şi la nevoie izolarea prin cîteva straturi de hîrtie. Se vor evita scuturăturile pentru probele de sînge, ca şi vărsarea produselor (pericol de contaminare a persoanei care transportă şi necesitatea unei noi recoltări penibilă pentru bolnav). O grijă deosebită trebuie acordată etichetării clare şi corecte a vasului în care s-a făcut recoltarea, menţionîndu-se numele complet al bolnavului şi data recoltării. Se va anexa în orice caz şi recomandaţia medicului, care specifică felul analizei solicitate. Cu rezultatul analizei, bolnavul sau unul dintre aparţinători este bine să se prezinte la acelaşi medic care a prescris-o, el fiind cel mai în măsură să tragă concluziile cele mai utile care se desprind din examenul de laborator. Ţinînd seama de datele examenului clinic, de analizele anterioare sau concomitente, medicul raportează rezultatul de pe buletin la cazul respectiv. Aşa se explică pentru ce cifre de laborator similare capătă valori diferite de la un bolnav la altul. Dar cum viaţa este caracterizată prin mişcare, starea patologică, aparţinînd vieţii, evoluează şi ea, înscriindu-se pe o linie al cărei sens, suitor sau coborîtor, de multe ori este greu de apreciat. Analiza surprinde doar un instantaneu situat provizoriu undeva, pe o treaptă sau pe o pantă. Direcţia, intenţia, evoluţia acelei linii pot fi redate numai de o succesiune de instantanee. Aceasta înseamnă repetarea examenului medical şi, după necesităţi, repetarea analizelor.

O credinţă care se cere revizuită este cea referitoare la fixitatea valorilor biologice. Spre deosebire de constantele sau standardele tehnice, indicii biologici suferă o permanentă oscilaţie într-un sens sau altul, iar limitele normale sau patologice ale acestora nu pot fi cunoscute şi înţelese decît de medic, pe baza cunoştinţelor sale profesionale şi a experienţei de fiecare zi. Orice cercetare de laborator are de asemenea unele limite de investigaţie, de sesizare a fenomenului patologic. Este nevoie ca modificarea biologică să fi atins un anumit grad, o oarecare acumulare cantitativă, pentru a declanşa acea schimbare calitativă, surprinsă de analiza respectivă. Astfel se explică diferite rezultate de laborator, negative la începutul bolii, pozitive abia după o anumită perioadă.

Scurte concluzii

Cele de mai sus obligă la cîteva concluzii de ordin practic :

— analiza este un act medical de mare valoare, în condiţiile unei utilizări raţionale, corecte ;

— analiza, oricare ar fi ea, va succeda totdeauna unui examen clinic medical, ca o completare utilă, necesară sau obligatorie ;

Scanned with OKEN Scanner

TABEL SINOPTIC
cu valorile normale ale unor examene de laborator

Produsul analizat	Elemente sau substanţe cercetate	Analiza cerută	Valori normale
Sîngele	I. *Elemente celulare*	Numărul de hematii (globule roşii) pe mm³	Bărbaţi = 4 500 000—5 000 000 Femei = 4 000 000—4 500 000
		Procent de hemoglobină	90—100 %
		Valoare globulară	0,9—1
		Număr de leucocite (globule albe) pe mm³	5 000—8 000
		Formula leucocitară	Neutrofile = 60—70 % Eozinofile = 1— 4 % Bazofile = 0— 1 % Limfocite = 20—30 % Monocite = 2— 6 %
		Hematocritul	Bărbaţi = 40—54 % (în medie 47 %) Femei = 37—47 % (în medie 42 %)
	II. *Substanţe proteice şi produşi de metabolism proteic*	Proteine totale Albumine Globuline Raport albumine/globuline	53—85 g ‰ 40—58 g ‰ 20—30 g ‰ 1,5—2
		Fibrinogen	2—4 g ‰
		Valori procentuale obţinute prin electroforeză	Albumine = 60—68 % α_1 — globuline = 3,2—5 % α_2 — globuline = 6,5—8,5 % β — globuline = 8,0—11,8 % γ — globuline = 13—17,5 %
		Ureea Acid uric Creatinină	0,20 —0,50 g ‰ 0,02 —0,04 g ‰ 0,006—0,013 g ‰
	III. *Substanţe grase*	Colesterina	1,5—2 g ‰
	IV. *Substanţe hidrocarbonate*	Glucoza	0,70—1,10 g ‰
	V. *Alţi produşi de metabolism*	Bilirubina totală Bilirubina directă Bilirubina indirectă	8—10 mg ‰ 0— 2 mg ‰ 2—10 mg ‰
	VI. *Substanţe minerale*	Calciul	0,2 —11,6 mg %
	VII. *Fermenţi*	Amilaza pancreatică	8—16 u. Wohlgemuth
		Aldolaza	3—8 u./mm³
		Transaminaza	T.G.O. = 4—40 u T.G.P. = 4—40 u.

Scanned with OKEN Scanner

Produsul analizat	Elemente sau substanţe cercetate	Analiza cerută	Valori normale
Sîngele	VIII. *Reacţii biologice*	Takata-Ara	negativă
		Gross	Graniţa inf. a floculării = 1 Graniţa floculării ireversibile = 1,7—2
		McLagan cu timol	1—4 u. McLagan*
		Kunkel cu sulfat de zinc	8—10 u.
		Hanger (cefalincolesterol)	0—1
		Antistreptolizina 0	0—200 U.
	IX. *Diverse determinări*	Timp de coagulare (pe lamă)	6—8 minute
		Timp de sîngerare	1—3 minute
		Viteza de sedimentare a globulelor roşii	*Bărbaţi*: 1 oră pînă la 7 mm 2 ore pînă la 8 mm 24 ore pînă la 50 mm *Femei*: 1 oră pînă la 11 mm 2 ore pînă la 16 mm 24 ore pînă la 70 mm
Urina		Densitate	Variabilă, în funcţie de cantitatea de lichide ingerată (normal 1 001—1 030)
		Reacţia	Neutră, alcalină sau acidă în funcţie de alimentaţie
		Albumină	Absentă
		Glucoză	Absentă
		Săruri biliare	Absente
		Pigmenţi biliari	Absenţi
		Ureea	15—35 g ‰
Suc gastric		Acid clorhidric liber	20—40 ml NaOH n/10 (0,7—1,45 g HCl)
		Acid clorhidric total	40—60 ml NaOH n/10 (1,8—2,3 g HCl)
		Acid lactic	Absent

* În cazul determinării fotometrice, valori în funcţie de scara etalon folosită.

Scanned with OKEN Scanner

— analiza devine valoroasă numai în interpretarea medicului și numai încadrată în contextul general al cazului.

Atitudinea cea mai profitabilă bolnavului este aceea de a relata medicului toate suferințele sale, de a răspunde fără reținere tuturor întrebărilor ce i se pun în scopul precizării diagnosticului și de a executa, întocmai și la timp, analizele prescrise, renunțînd conștient la inutila și total neștiințifica solicitare: „Am venit să-mi fac toate analizele!"

Scanned with OKEN Scanner

24

Pentru un trai sănătos

- Locuința și starea de sănătate . . 445
  - Funcțiile locuinței 445
  - Amenajarea interiorului locuinței 446
  - Decorația interiorului 450
  - Iluminatul 451
  - Aerul curat 452
  - Încălzitul 452
  - Combaterea zgomotului . . . 454
  - Evacuarea reziduurilor 455
  - Florile în casă 456
  - Curățenia 457
  - Prevenirea și combaterea insectelor în locuință 458
  - Alte cauze care produc insalubrizarea locuinței 460
- Igiena corporală 460
- Igiena îmbrăcămintei 461
- Igiena încălțămintei 465

Locuința și starea de sănătate

În oricare colectivitate, locuința reprezintă un factor important din punct de vedere social și igienic. Locuința este menită a satisface o mare parte din cerințele unui trai civilizat, fiind unul dintre factorii de mediu ce influențează puternic sănătatea oamenilor.

În România socialistă se construiește într-un ritm accelerat, atît la orașe, cît și la sate. Locuințele noi și moderne realizează satisfacerea necesităților mereu crescînde pentru igienă și confort psihic, oglindind astfel substanțiala ridicare a nivelului de trai.

Funcțiile locuinței

Dacă am fi în situația să dăm o definiție, cu siguranță că fiecare din noi ar spune : locuința sau apartamentul trebuie să asigure spațiul necesar vieții de familie, educației copiilor, liniștei și odihnei ; să ofere protecția împotriva condițiilor meteorologice defavorabile (ploaie, vînt, radiație solară etc.) ; să asigure confortul sanitar necesar (ca instalații de apă curentă, canalizare, evacuarea organizată a reziduurilor menajere etc.). În concepția modernă, se pare însă că au intervenit schimbări substanțiale în ceea ce privește definiția locuinței. Specialiștii sînt de părere că noțiunea de „cameră", vechea unitate de evaluat a locuinței, este depășită. Un nou punct de vedere se impune, cel al locuinței privită ca un ansamblu de spații necesare exercitării unor cerințe — de ordin material sau spiritual — comune tuturor oa-

menilor. La crearea mediului potrivit satisfacerii acestor cerințe își dau aportul, în egală măsură, tehnicianul de specialitate și locatarul, primul proiectînd și executînd corect construcția, iar al doilea transformînd-o în locuință. Dintre funcțiile pe care în mod curent trebuie să le asigure locuința amintim :

— odihna și somnul, care nu pot fi realizate decît prin asigurarea unui cadru intim, calm, reconfortant ;

— destinderea și primirea oaspeților, înțelegînd prin aceasta suma momentelor de relaxare în cadrul familiei sau în tovărășia persoanelor din afara locuinței (necesită un cadru caracterizat prin comoditate și intimitate) ;

— munca intelectuală (studiul, atît pentru adulți cît și pentru copii), necesitînd ca primă condiție asigurarea liniștei și izolării, lumină bună și suficientă ;

— jocul copiilor (preșcolari, școlari) ;

— luarea mesei, care trebuie să se desfășoare într-o atmosferă luminoasă, primitoare, confortabilă și igienică ;

— prepararea alimentelor, în locul anume destinat (bucătăria) ;

— diverse activități gospodărești, ca spălatul și uscatul rufelor, călcatul lor, evacuarea reziduurilor.

Diversele funcții, valabile pentru orice formă de organizare a vieții într-un apartament, au legături de circulație între ele. Mișcarea trebuie astfel realizată, încît locatarii să nu se împiedice de diversele obiecte din casă și să fie cît mai puțin obositoare.

În apartamentul modern nu este necesar să destinăm cîte o încăpere pentru fiecare funcție, deoarece unele dintre funcții se exercită periodic, cum ar fi dormitul, studiul și luatul mesei, iar altele, avînd un caracter permanent (circulația, ordinea și curățenia) se pot alterna pe același spațiu, cu condiția ca în momentul exercitării fiecărei funcții, aceasta să aibă spațiu suficient și adecvat. De exemplu, camera de zi poate adăposti exercitarea funcțiilor de destindere și primirea oaspeților, luatul mesei, studiul, jocul copiilor sau anumite activități gospodărești (lucru de mînă, lucru la mașina de cusut etc.).

În concluzie, armonizarea diferitelor funcții este unul dintre cei mai importanți factori care asigură confortul locatarului. Oricît de mare ar fi numărul camerelor, dacă modul de rezolvare a funcțiilor și ambianța rezultată din aceasta sînt defectuoase, se realizează o viață greoaie, o atmosferă îmbîcsită, apăsătoare, nesănătoasă.

Amenajarea interiorului locuinței

La baza amenajării interiorului este necesar a se avea în vedere o serie de factori ca, de exemplu, numărul persoanelor, ocupația lor, vîrsta, preocupările și înclinațiile. De la început ne va preocupa raportul dintre spațiul pe care-l avem la dispoziție și dimensiunile mobilierului, calitățile funcționale și igienice ale mobilierului.

Mobilierul. Majoritatea mobilierului este destinat depozitării (hainelor, lenjeriei, cărților, veselei etc.). În locuința modernă, vechile dulapuri masive, greoaie și incomode și care ocupă o bună parte din spațiu nu-și mai găsesc locul. Soluțiile găsite de specialiști sînt și practice și igienice, de exemplu, dulapul înzidit în camera-garderobă (panderia). În cazul în care în apartament nu există asemenea soluții constructive, dulapului obișnuit este bine a i se adăuga deasupra o serie de cutii construite ase-

Scanned with OKEN Scanner

mănător cu el pentru a folosi întreaga înălțime a camerei. În dorința de a dagaja spațiul încăperilor este bine ca piesele de mobilier, în afară bine-înțeles de dulapurile de haine care tate fără să urîțească interiorul. Mobilierul trebuie să servească funcției pentru care este destinat, fără să stînjenească menținerea igienei. De exemplu, patul trebuie să aibă o

Fig. 159. — Colț intim și plăcut, destinat odihnei, realizat cu mijloace simple.

nu se pot încadra în această regulă, să fie la același nivel cu înălțimea mesei, iar dacă aceste piese vor fi înălțate de la dușumea cu 30—35 cm prin intermediul unor picioare vor da senzația de spațiu și în același timp se va înlesni curățenia încăperii. Linia mobilierului este indicat să fie simplă, armonioasă, cu proporții plăcute, încadrîndu-se în arhitectura interiorului. Folosirea mobilierului multifuncțional contribuie la îmbunătățirea diverselor activități efectuate în apartament, permițînd reorganizarea interiorului și adaptarea lui la noi situații create fie de mărirea numărului membrilor de familie, fie de noi raporturi. Pentru aceasta este de preferat achiziționarea de piese de mobilă care să se armonizeze ca linie și culoare în locul masivelor garnituri care nu pot fi descomple-

bună stabilitate și totuși să permită deplasarea lui pentru a se putea efectua curățenia. Forma patului trebuie să permită culcatul în poziție comodă, firească, favorizînd odihna și somnul. Divanurile de colț (studio) sînt tot mai mult înlocuite cu paturi duble sau cu două paturi, care oferă mai multe posibilități de aranjare și de întreținere. În oricare soluție adoptată este de evitat folosirea saltelelor duble, greoaie și incomode, recomandîndu-se pentru fiecare persoană o saltea. Referitor la poziția patului în încăpere, este bine ca acesta să nu fie amplasat pe peretele nord-est, care este un perete rece, iar dacă această soluție nu este de evitat, să se interpună între perete și pat un element de izolare termică, cum ar fi lada de așternut. De asemenea se va avea grijă ca ac-

Scanned with OKEN Scanner

cesul pe ambele laturi să fie ușor, să nu incomodeze accesul la ferestre și deschiderea ușilor, iar patul să nu fie prea aproape de sobă. Există unele soluții care încearcă să recupereze chiar și spațiul ocupat de pat, prin folosirea paturilor rabatabile. Acest gen de pat prezintă avantaje, dar există riscul ca prin operația de rabatare a patului și fixarea așternutului să se împiedice o bună ventilare a saltelei și așternului.

Noptierele nu trebuie transformate în depozite pentru obiecte inutile sau pentru pantofi ; ele vor servi numai pentru a sprijini o carte, o lampă de noapte, un pahar cu apă.

Masa și scaunele trebuie să facă posibilă așezarea în poziție comodă, cu picioarele relaxate, semiflectate. Masa de lucru și cea pe care se servește mîncarea trebuie să fie drepte și comode.

Aranjarea încăperilor în raport cu principalele necesități ale locatarilor devine un deziderat din ce în ce mai actual.

Camera de zi. Indiferent de tipul apartamentului, încăperea cea mai mare trebuie să devină camera de zi. Această încăpere este locul activității de bază a familiei, după orele de serviciu sau de școală, asigurînd destinderea și primirea, luatul mesei, jocul și uneori chiar dormitul noaptea.

Camera de zi nu va putea cuprinde toate piesele care să asigure cerințele funcționale enumerate. De aceea se alege, după preferință, componența mobilierului în funcție de activitatea ce se desfășoară cu prioritate sau se creează grupări de mobilier sau „colțuri", adaptate diferitelor activități. De exemplu, pentru destindere și primire, se va alege spațiul din vecinătatea balconului, oferind ochiului priveliștea de afară (spații verzi, ansambluri arhitectonice, mișcarea circulației). La mobilarea acestui „colț" se ține seama de realizarea intimității ; fotoliul, canapeaua și o măsuță scundă sînt piese de mobilier foarte indicate și suficiente. Fotoliile pot fi alese de mărimi diferite, însă mai ales confortabile. Canapeaua, dacă servește și la dormit, trebuie să fie cît mai ușoară. Sînt indicate și fotoliile-pat, care asigură o rezervă de dormit (nu sînt recomandabile pentru dormit permanent).

Mobilierul destinat luării mesei nu se recomandă a fi amplasat în mijlocul încăperii, pentru a nu reduce spațiul de circulație. Este recomandabilă apropierea mesei, pe una din laturile sale mici, de perete. Pentru calitățile lor practice sînt de preferat mesele extensibile. Tot în camera de zi se amplasează televizorul, astfel încît să se realizeze distanța convenabilă față de ochiul spectatorilor. Pentru aceasta, el va fi așezat în axa lungă a încăperii.

Dormitorul este necesar pentru odihnă și somn, necesități biologice care consumă o treime din viața oamenilor. Pentru aceasta, igiena cere în mod special o cameră anume destinată, mai retrasă, mai ferită de zgomote, odihnitoare, comodă, cu posibilități de aerisire directă și așezată în apropierea camerei de baie. Dormitorul mai servește la adăpostirea lenjeriei de pat, de corp, a îmbrăcămintei, precum și a obiectelor de toaletă. Pentru aceasta, piesele de mobilă necesare se rezumă la pat, dulap de haine, toaletă cu oglindă și taburet. Într-o casă cu copii se poate utiliza dormitorul și pentru studiul adultului, care va găsi aici o ambianță mai plăcută decît în camera de zi ocupată de copii.

Camera copiilor. Este de asemenea indicat, din punct de vedere igienic, ca această cameră să fie separată, sau cel puțin să se separe o zonă anume destinată copiilor în cadrul

Scanned with OKEN Scanner

unei încăperi. Cînd copiii sînt mici, pătuţul îşi găseşte amplasament, de obicei, în dormitorul părinţilor. Indiferent dacă este vorba de o cameră tunjite, iar muchiile înlocuite cu planuri curbe.

Vestibulul este încăperea prin care se circulă cel mai mult. Cu el se ia

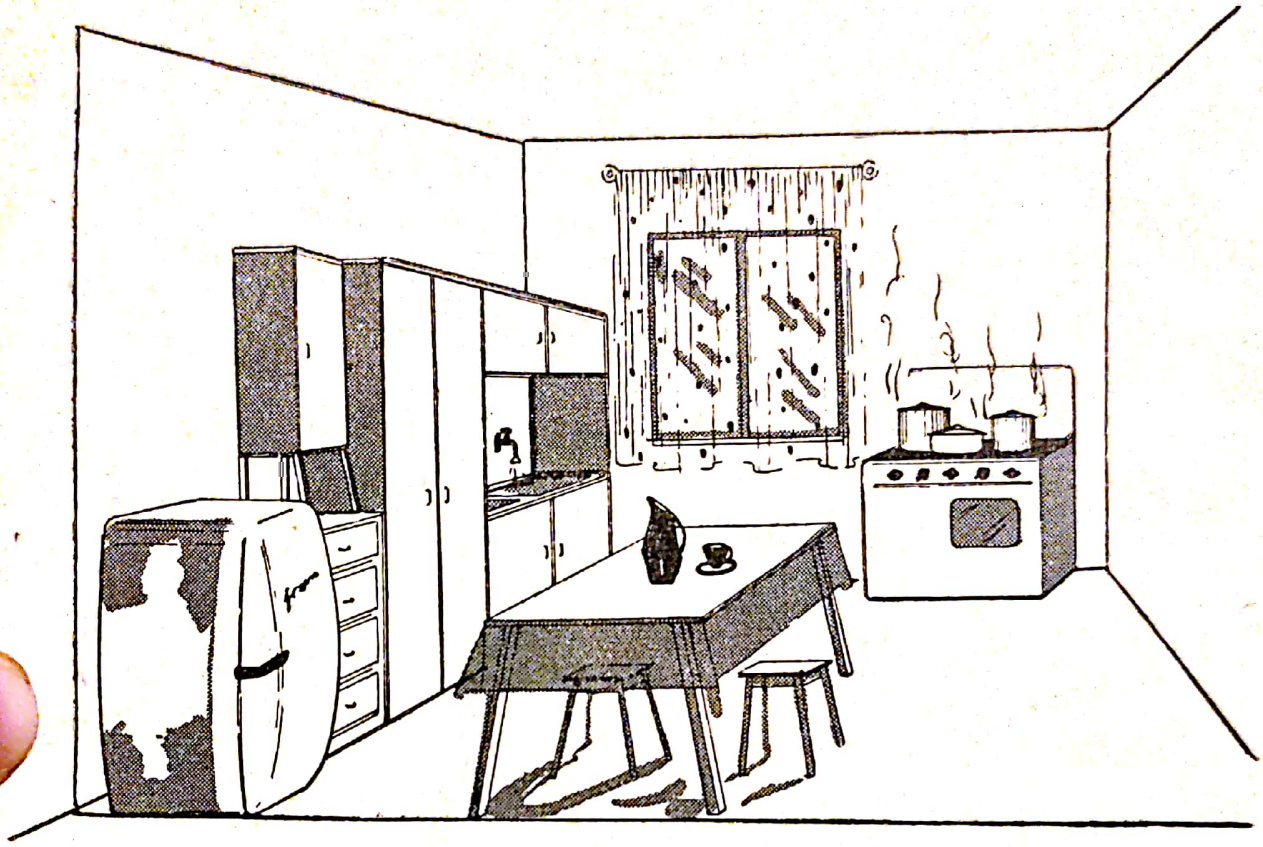


Fig. 160. — Bucătărie igienică, modernă.

sau numai de un colţ de cameră, trebuie ca acest spaţiu să satisfacă diversele cerinţe ale vîrstei copiilor, şi anume : jocul, studiul, odihna, depozitarea obiectelor. Mobilierul trebuie judicios ales pentru a fi practic şi plăcut : patul, care nu trebuie să ocupe un spaţiu prea mare ; rafturile pentru jucării, suspendate pe perete în scopul de a se putea degaja încăperea (aceste rafturi, pe măsură ce se măreşte copilul, pot deveni bibliotecă) ; masa şi unul sau două scaune, cu înălţimi ce ţin de vîrsta micilor locatari. Este bine ca mobila din camera copiilor să aibă colţurile rocontact de îndată ce s-a pătruns în apartament. Principalele obiecte din vestibul sînt cuierul, o oglindă şi un dulap pentru încălţăminte.

Bucătăria. Cel mai igienic este ca mobilierul din această încăpere să fie redus la strictul necesar şi aşezat în aşa fel încît totul să fie la îndemînă, permiţînd efectuarea muncii gospodinei cu o economie maximă de energie.

Indiferent de mobilierul de care dispunem, trebuie să putem separa, oricît de mică ar fi bucătăria, colţul „alimentelor curate“ de locul unde curăţăm cartofi, zarzavaturi, păsări

și pește crud. Masa pe care prelucrăm alimentele brute este bine să fie lîngă chiuvetă, pentru economisirea mișcărilor.

Decorația interiorului

Alături de mobilier contribuie la realizarea unui interior plăcut și o serie de alte elemente.

Covorul împletește utilul cu frumosul, deoarece el are calitatea de a atenua răceala dușumelei, de a amortiza zgomotele, de a înlesni efectuarea curățeniei, contribuind în același timp la crearea impresiei de căldură și intimitate, precum și la creșterea gradului de confort. Plasarea covoarelor trebuie să marcheze centrele de interes ale camerei și zonele de circulație. Utilizarea aspiratorului face posibilă folosirea covoarelor mari sau a mochetelor. Din punct de vedere igienic și mai ales în absența aspiratorului se preferă folosirea covoarelor mici, care sînt ușor de scuturat. Indiferent de dimensiuni, covoarele nu trebuie să pătrundă sub mobila mare și mai ales sub piesele care nu au picioare. În afară de covoarele de lînă și iută se pot folosi în locuință și covoarele de material plastic sau linoleum. Linoleumul prezintă avantajul întreținerii lesnicioase. Se recomandă să se așeze fie în fâșii pe porțiunile pe care se calcă în mod obișnuit, fie în strat continuu pe întreaga suprafață a încăperii. Se afirmă că linoleumul ar avea și proprietăți bactericide, un motiv în plus ca să-l folosim cu deosebire în bucătării și pe culoare.

Stofa de mobilă este indicat să fie dintr-un material rezistent și colorat, pe cît posibil într-o singură culoare pentru aceleași obiecte de mobilă, lăsînd ca efectul plăcut să reiasă din diferențierea de formă a mobilei (scaune, canapea etc.) sau după funcții (de exemplu, în camera de zi se pot folosi cretoanele sau plușurile, în dormitor mătăsurile, iar în camera copiilor cretoanele viu colorate). Totdeauna s-a urmărit să se armonizeze culorile covorului cu ale mobilei și pereților.

Alte obiecte decorative a căror prezență aduce un plus de intimitate și căldură locuinței, reflectînd în bună măsură gustul și personalitatea locatarului, sînt tablourile, bibelourile, platourile decorative, care vor fi cu mult discernămînt alese, un număr cît mai redus fiind de preferat din punct de vedere igienic și estetic. Se recomandă ca la așezarea lor să se evite pe cît posibil simetriile. Se pot folosi ca obiecte decorative și pernele în culori vii, așezate pentru a servi la odihnă și relaxare.

Culorile în locuință. La alegerea echipamentului locuinței se va ține seama, cu siguranță, și de culorile acestuia. Culorile vor fi astfel combinate, încît să dea senzația de intimitate, căldură și liniște. Este bine să se țină seama de capacitatea culorii respective de a reflecta lumina ce cade asupra ei, ceea ce se numește coeficient de reflexie. Redăm mai jos cîteva exemple de culori și proporția de lumină reflectate de ele : culoarea albă-crem, 70—80% ; verde deschis, 57% ; lemnul de stejar, 30—50% ; lemnul de nuc, 10—20%. Asocierea unui număr prea mare de culori devine obositoare. Pentru pereți și plafon, suprafețe care prin caracteristicile lor domină interiorul și pe care se profilează celelalte obiecte, se va alege o culoare care să se armonizeze cu ansamblul obiectelor din încăpere. O rezolvare igienică o constituie văruirea pereților, care prezintă avantaje din punctul de vedere al iluminatului, al aerării prin porii tencuielii (ce rămîn neastupați), precum

Scanned with OKEN Scanner

și al dezinfecției periodice (prin ușurința cu care se repetă operația de văruire la intervale mai scurte). Tapetarea sau zugrăvirea pereților sînt mai puțin recomandate din punct de vedere igienic. Pentru a evita inconveniente prea mari se pot folosi culori de apă, evitîndu-se zugrăveala în ulei, care împiedică schimbul de aer. Uleierea se folosește numai în camerele unde se produc vapori și fum.

Culoarea lemnului de mobilă domină de obicei în locuință. De aceea, în raport cu acest colorit se hotărăște culoarea pereților, avînd grijă ca ea să fie în tonalități foarte palide, preferîndu-se zugrăvirea într-o singură culoare. Cînd culoarea dominantă o dă tapițeria, culoarea pereților se armonizează cu aceasta.

Pentru a evita monotonia se recomandă ca nu toate camerele să fie rezolvate coloristic la fel. Culorile lor trebuie diferențiate în raport cu funcția principală, specifică încăperii respective. În încăperile mai puțin luminate este indicată folosirea zugrăvelilor albe ; în încăperile bine luminate natural, albul curat devine obositor, de aceea este indicat a se folosi culoarea gri (gri-verzui, gri-albastru), care răspîndește o lumină odihnitoare. De exemplu, pentru o cameră de zi sînt recomandate combinații de culori antrenante, luminoase. Pentru dormitor este bine să domine culorile calmante, odihnitoare, pasive, fără contraste prea puternice, iar pentru camera copiilor se va ține seama de vîrsta acestora. La cei mici sînt de preferat culorile vii și calde, pentru cei mari, spre adolescență, gama culorilor reci.

Iluminatul

Lumina folosită în locuință este de două feluri : naturală și artificială.

Lumina naturală este cea pe care o primim de la soare, ea poate fi directă, difuză și reflectată. Radiația solară cuprinde raze luminoase, raze calorice și raze ultraviolete.

În locuință, o dată cu lumina naturală directă, pătrund și razele ultraviolete. Razele solare au o valoare deosebită prin acțiunea lor bactericidă și biologică. Acțiunea bactericidă a razelor solare constă în puterea lor de a distruge microbii multor boli molipsitoare (cei ai scarlatinei, febrei tifoide și tuberculozei). Acțiunea biologică constă în stimularea funcțiilor organismului, ele contribuind la creșterea capacității de apărare împotriva diferitelor boli, la sporirea poftei de mîncare și a puterii de muncă fizică și intelectuală.

Orientarea ferestrelor este un factor hotărîtor pentru calitatea și cantitatea luminii naturale care pătrunde în încăperi. Cele mai igienice și plăcute încăperi sînt cele orientate spre sud, sud-est și est. Pentru camera sau colțul destinat copiilor este bine să fie aleasă încăperea cu cea mai bună însorire, de preferință aceea care primește razele solare dimineața. O încăpere puternic luminată, în care razele solare intră mult prea direct, își pierde mult din intimitate și confort ; se poate însă interveni, atenuînd sau dispersînd lumina prin perdele. În afară de rolul atenuării luminii solare prea vii, perdelele au rol de a împodobi interiorul și de a împiedica vederea dinspre exterior. Sînt de preferat perdelele din culori deschise, calde, luminoase, din materiale ușoare ; dacă sînt lungi dau impresia de înălțare a camerii ; dacă sub ferestre sînt calorifere, perdelele se vor opri la înălțimea acestora. Abundența exagerată a luminii și a razelor calorice poate fi evitată prin rulouri, jaluzele sau alte dispozitive asemănătoare (carton pliat care se

Scanned with OKEN Scanner

poate lăsa şi ridica după dorinţă, prin intermediul unor şnururi). Se va prefera una din aceste soluţii procedeului inestetic care constă în a pune hîrtie colorată sau ziare la ferestre.

Lumina artificială provine de la diverse surse de iluminat, dintre care cea mai igienică este cea electrică.

Asigurarea luminii artificiale se face prin intermediul corpurilor de iluminat. Pentru înălţimea obişnuită a încăperilor moderne, corpul de iluminat nu trebuie să fie suspendat la distanţă prea mare de plafon. Se vor prefera plafonierele, iar prin amplasarea corpului de iluminat se va urmări ca în fiecare încăpere să se combine iluminatul general cu cel local, pentru a asigura o intensitate luminoasă suficientă şi odihnitoare, uniformă şi fără străluciri. Pentru iluminatul local sînt numeroase modalităţi de rezolvare şi anume : lămpi cu picior, de masă, aplice şi altele. În legătură cu iluminatul local nu vom uita că masa de studiu, atît a copilului cît şi a adultului, trebuie să fie asigurată cu o sursă luminoasă amplasată astfel încît lumina să cadă din partea stîngă pe suprafaţa de lucru, citit, scris.

Aerul curat

Prin şederea oamenilor într-o încăpere, aerul acesteia îşi pierde calităţile sale iniţiale. Vicierea aerului se produce prin emanaţiile de căldură ale corpurilor oamenilor, care duc la creşterea temperaturii aerului ; evaporarea secreţiilor sudorale ; acumularea de vapori de apă din aerul expirat ; pulberi şi microbi de pe haine şi încălţăminte ; creşterea cantităţii de bioxid de carbon (gaz rezultat din respiraţie) şi scăderea concomitentă a oxigenului din aer. Se consideră că aerul este viciat într-o încăpere cînd concentraţia bioxidului de carbon creşte, depăşind 0,1% (în aerul curat concentraţia lui fiind de 0,03%). De aici decurge necesitatea aerisirii încăperilor înainte de a se atinge această limită nocivă. În decursul unei ore sînt necesari 75 metri cubi de aer pentru un adult şi 35—50 metri cubi pentru un copil. Ca atare, cu cît o încăpere este mai mică, cu atît mai des trebuie aerisită în cursul unei zile. Aceeaşi recomandare pentru încăperile unde locuiesc mai multe persoane, aşa cum sînt camerele de zi, în care se adună întreaga familie, în anumite etape ale zilei. De asemenea este indicată aerisirea după vizite, iar dacă în încăpere se fumează se vor deschide geamurile mai des. În locuinţă se foloseşte cel mai des aerisirea care se produce prin diferenţa de temperatură dintre aerul exterior şi cel interior, ca şi prin acţiunea vîntului asupra clădirii. Ventilaţia naturală se obţine prin deschiderea ferestrelor, oberlihturilor, uşilor, creîndu-se curenţi de aer, cel puţin cîte un sfert de oră, ceea ce asigură împrospătarea aerului. Este bine ca atunci cînd se produc curenţi reci să nu fie persoane în încăpere, deoarece există pericolul răcirii. În afară de aerisirea naturală organizată este recomandabilă şi folosirea oberlihturilor, a căror deschidere priveşte spre tavan (aerul rece fiind proiectat spre zona caldă a încăperii, se evită senzaţia neplăcută de răceală), deoarece poate fi practicată şi cu persoane prezente în încăpere. O aerisire corectă a încăperilor duce la înviorarea organismului, la creşterea capacităţii de muncă şi la apărarea împotriva infecţiilor.

Încălzitul

Organismul omenesc are o serie de posibilităţi de a se adapta condiţiilor termice ale mediului înconjurător, aceasta însă în cadrul unor anumite

Scanned with OKEN Scanner

limite. Pentru a corecta variațiile termice ale mediului extern, oamenii au recurs la crearea unor mijloace ajutătoare, cum sînt îmbrăcămintea și locuința, ambele creînd un microclimat convenabil organismului. Prin microclimat de locuință se înțelege ambianța termică pe care o creăm prin mijloacele cunoscute, astfel încît organismul să-și petreacă în condiții confortabile perioada de repaus și refacere a forțelor de muncă. El are rolul de a asigura condiții optime pentru schimbul de căldură dintre organism și mediu, evitînd eforturile aparatului de termoreglare. Se știe că temperatura corpului omenesc este constantă, oscilînd între 36,5 și 36,9 grade. Constanța temperaturii corpului se menține prin mecanismul termoreglării. Termoreglarea constă dintr-o serie de procese complexe care intervin în formarea și pierderea de căldură, astfel ca să se mențină un echilibru perfect în raport cu variațiile temperaturii mediului înconjurător. Organismul pierde căldură prin următoarele căi : convecție, 31% (căldură pierdută de organism pentru încălzirea obiectelor cu care vine în contact și a aerului înconjurător) ; iradiere, 44% (căldura cu care organismul încălzește obiectele care se găsesc la oarecare distanță de el) ; evaporarea apei la nivelul pielii, 10% și a plămînilor, 12%. Cu cît temperatura aerului crește, pierderile de căldură ale corpului devin insuficiente și apare transpirația din ce în ce mai abundentă.

Pentru a nu solicita în exces mecanismul de termoreglare, locuința, prin caracteristicile sale de termoprotecție, intervine, modificînd condițiile meteorologice exterioare nefavorabile.

În încăperi, factorii care realizează microclimatul sînt : temperatura aerului, umiditatea și curenții de aer. Acești factori trebuie folosiți astfel încît să asigure locatarilor un microclimat convenabil, în care un om îmbrăcat obișnuit să se poată simți bine fie că se află în repaus, fie că depune o activitate gospodărească sau intelectuală.

Temperatura. Observațiile și cercetările experimentale au arătat că cea mai confortabilă temperatură în interiorul locuinței oscilează între 17 și 22 grade iarna, iar vara între 24 și 25 grade. Pentru a evita iarna tulburarea senzației de confort termic este necesar ca temperatura pe verticală (între tavan și podea) să nu varieze în plus sau în minus cu mai mult de două grade, iar pe orizontală (pentru aerul de la nivelul pereților exteriori) să aibă numai două grade minus față de temperatura din orice punct al încăperii. Oscilațiile temperaturii în cursul a 24 de ore nu trebuie să depășească 4—6 grade pentru încălzirea cu sobe și 2—3 grade pentru încălzirea centrală.

Umiditatea relativă cea mai favorabilă pentru organism se găsește cuprinsă între 35 și 65%. Iarna, umiditatea aerului încăperilor nu trebuie să scadă sub 25%, ca rezultat al funcționării sistemelor de încălzire, deoarece uscăciunea aerului are influență defavorabilă asupra mucoaselor.

Curenții de aer din încăpere au o viteză redusă. O mișcare a aerului de peste 0,5 metri pe secundă este percepută de organism, mai ales cînd se nasc curenți de aer rece. Sînt apreciați ca igienici curenții de aer de 0,2—0,5 metri pe secundă.

Încălzirea sau răcirea în afara limitelor igienice duce la modificări ale funcțiilor normale ale organismului sau chiar la îmbolnăvire. Căldura exagerată (supraîncălzirea) produce o stare de indispoziție, de moleșeală, scăderea capacității de muncă, sete,

Scanned with OKEN Scanner

uscăciunea mucoaselor (nas, gură), ca urmare a pierderilor de apă și săruri minerale prin transpirație și de vapori de apă prin respirație. Răcirea aerului în locuință sub anumite limite provoacă scăderea capacității de muncă, precum și a rezistenței organismului împotriva bolilor, atît la copil, cît și la adult (guturai, bronșită, boli infecto-contagioase).

Există două feluri de sisteme de încălzire a locuințelor : local și central.

Sistemul local de încălzire este reprezentat de sobe, care pot fi de capacitate termică mare sau medie (teracotă, zid etc.), la care sînt necesare 1—2 focuri în 24 de ore, și de capacitate termică redusă (sobele de fier). Sobele cu capacitate termică mare sau medie sînt de preferat, deoarece mențin o temperatură constantă și uniformă a întregii lor suprafețe.

Sistemele centrale de încălzire folosesc diverși agenți termici. Cele care folosesc ca agent încălzitor apa, satisfac o serie întreagă de deziderate de ordin igienic, pe cînd cele ce folosesc aburi de presiune joasă sau ridicată prezintă unele dezavantaje.

Indiferent de sistemul de încălzit folosit trebuie evitate o serie de inconveniente, luîndu-se o serie de măsuri strict necesare și anume :

— nu se vor supraîncălzi aparatele de încălzit (limita fiind de 80 grade) ;

— se va îndepărta zilnic praful de pe sobe și de pe aparatele de încălzit (elementi, radiatoare), pentru a se evita combustia prafului care viciază aerul ;

— se vor așeza vase cu apă, a cărei evaporare va menține umiditatea aerului încăperilor în limite igienice; vasele vor fi de metal, ceramică sau alt material care suportă încălzirea, iar forma și culoarea lor vor fi asortate aranjamentului încăperii, încadrîndu-se în mijloacele de decorare a acesteia. Se pot folosi și mici fîntîni arteziene, iar la caz de nevoie, atunci cînd avem un bolnav în încăpere, se pot pune chiar și cîrpe curate, umede, peste elementii caloriferului.

Combaterea zgomotului

Printre condițiile pe care trebuie să le asigure locuința este și aceea a liniștei necesare odihnei și somnului, precum și unor activități ce se desfășoară în cuprinsul ei. Zgomotul are o influență nefavorabilă asupra sănătății. Zgomotele care depășesc o anumită intensitate și care se repetă frecvent irită și obosesc sistemul nervos, tulbură odihna și somnul, avînd ca rezultat scăderea randamentului muncii, cu deosebire a celei intelectuale. Zgomotul din locuință poate proveni din exterior sau din clădire.

Zgomotul din afara clădirii este produs de circulație, de activitatea unor întreprinderi industriale sau comerciale învecinate, jocul copiilor etc.

Sursele de zgomot din clădiri sînt reprezentate de instalații sanitare, ascensoare, instrumente muzicale, aparate de radio și televiziune, vorba, pășitul, cîntatul, practicarea unor activități zgomotoase, ca spălatul cu mașina de rufe, folosirea aspiratorului, diverse meserii exercitate în apartamente etc.

Mărimea senzațiilor acustice sau intensitatea acustică se măsoară în decibeli. În locuință, intensitatea zgomotului nu trebuie să depășească 35—40 decibeli ; pentru a avea o imagine a mărimii zgomotelor dăm mai jos intensitatea medie a cîtorva zgomote obișnuit întîlnite : vorbirea naturală, 40 decibeli ; vorbirea zgomotoasă, 60 decibeli ; zgomotul de tramvai, 70 decibeli ; zgomotul de

Scanned with OKEN Scanner

motor de avion, 130 decibeli. Zgomotul este cu atît mai nociv cu cît este produs mai neregulat, mai strident și cu mai multe disonanțe.

În locuință, zgomotul pătrunde prin trei căi : calea aeriană (ferestre, uși) ; pereți despărțitori, plafon; componentele construcției (conducte metalice pentru apă, canalizare, încălzire centrală).

Mijloace de reducere a zgomotului. În locuință, zgomotul poate fi diminuat prin reținerea și absorbția lui în încăperea în care s-a produs, prin acțiunea absorbantă a mobilei tapisate, a covoarelor care împiedică reflectarea undelor sonore de pereți, podele etc. Coeficientul de absorbție a sunetelor pe metru pătrat pentru diferitele obiecte este foarte variabil : zidul de cărămidă și sticlă, 0,03 ; scîndura de brad, 0,05 ; storurile de pînză, 0,23 ; covoarele, 0,29 ; mobila tapisată, 0,15—0,33 ; fereastra deschisă, 1. Mijlocul cel mai eficient pentru reducerea zgomotului din interiorul clădirilor rămîne însă înțelegerea între vecini (ținînd seamă de necesitatea fiecăruia de a se odihni și a dormi netulburat). Aceasta înseamnă, printre altele, moderarea intensității sunetelor emise de aparatele de radio, evitarea trîntirii ușilor și a discuțiilor zgomotoase, renunțarea la practicarea îndeletnicirilor zgomotoase în apartament, supravegherea copiilor.

Dar întrucît nu putem obține — orice măsuri am lua — o liniște casnică totală, este sănătos să ne acomodăm cu micile zgomote inerente traiului în comun. Sînt factori pe care nu-i putem înlătura, așa cum nu putem înlătura anumite impurități din aerul pe care-l respirăm sau celuloza din fructele pe care le consumăm. Cine — de exemplu — s-ar putea indispune pentru că inspiră, o dată cu aerul, și acele mici firișoare de praf pe care le zărim într-o rază de soare, din moment ce organismul nostru este adaptat la acest lucru. Un zgomot cu care este necesar să ne obișnuim este acela al vocilor de copii care se joacă pe lîngă casă.

Evacuarea reziduurilor

Adunarea în apartament a resturilor rezultate din activitatea casnică trebuie să se facă într-o cutie anume destinată de circa 10—15 litri, confecționată dintr-un material (metal sau plastic) care suportă spălarea. Această cutie trebuie evacuată zilnic. Dacă locuința are tobogan de gunoi, deșertarea cutiei în gura de aruncare se va face cu grijă, pentru a nu deteriora instalația și a nu răspîndi gunoiul pe jos. Este o datorie, în cazul în care scapă gunoi pe podea, să fie înlăturat de îndată. Se va evita de asemenea aruncarea obiectelor mari, ca ambalajele voluminoase, în tuburile de gunoi pentru a nu le bloca. Aceeași grijă este necesară și pentru cazurile în care ducem gunoiul la cutiile tip așezate pe platformele de gunoi. După deșertarea gunoiului, capacul de la gura de aruncare a tubului colector sau de la cutia de gunoi trebuie închis pentru a se opri accesul insectelor și animalelor care-și caută hrana în acest mediu.

Este bine să nu se trimită cu gunoiul copiii prea mici, deoarece ei nu ajung să mînuiască corect capacul, iar pe de altă parte se murdăresc cu un material de cele mai multe ori infectat. Lăzile de gunoi este indicat să fie așezate pe un teren impermeabil (cimentat), la un loc umbros, acoperite cu capac, spălate periodic și frecate chiar cu peria pentru a înlătura resturile lipite de

Scanned with OKEN Scanner

pereți, care prin intrarea lor în descompunere răspîndesc mirosuri neplăcute.

Florile în casă

Prin grație și gingășie, bogăția de forme și culori, florile „încălzesc" locuința, oferind locatarilor legătura pe cît de delicată, pe atît de necesară cu natura. Este însă obligatoriu a se face o distincție netă între numărul plantelor admisibile în apartament și pe balcoane sau în grădini. Dacă pentru acestea din urmă numărul este nelimitat, în apartamente ne vom limita la strictul necesar înviorării interiorului. Se știe că planta respiră ca orice ființă vie. Ea absoarbe oxigen și elimină bioxid de carbon, a cărui eliberare este mai intensă noaptea, contribuind la vicierea aerului încăperilor. În cursul zilei, însă, plantele înfrumusețează încăperile și îmbunătățesc compoziția aerului. Elementul cel mai simplu pentru ținerea plantelor este ghiveciul de diverse dimensiuni. Valoarea decorativă crește prin ascunderea ghiveciului într-o îmbrăcăminte. Alegerea îmbrăcămintii este în funcție de planta înflorită. Ficusului i se potrivește un vas de bambus, begonia stă frumos într-o împletitură de nuiele, siclamena într-o îmbrăcăminte de metal, mușcata într-un vas de ceramică. Plantele decorative se pot așeza fie pe un taburet sau suport în golul dintre două mobile, fie într-un colț al camerei. Plantele mici cu înflorire îndelungată își găsesc locul pe o masă, birou, comodă sau pe o mobilă special destinată, cum sînt taburetele, jardinierele, suporturile etc., iar cele ca asparagusul pot fi așezate pe o mobilă înaltă (dulap, bibliotecă), fiind de mult efect. Plantele de cameră pretind o întreținere care să le mențină verzi și plăcute vederii. Astfel, se va șterge periodic cu o cîrpă moale sau burete praful de pe frunze, se vor uda etc.

Pentru cultura florilor pe lîngă casă, în primul rînd ne vom gîndi la balcoane, loji etc., care nu sînt numai atribute estetice ale fațadelor, ci reprezintă și o prelungire în aer liber a spațiului de locuit. Este de dorit ca aspectul neplăcut dat de balcoanele ornate cu borcane de murături, lenjerie, covoare, cutii de conserve cu flori și antene de televiziune să fie înlocuit de grija pentru obținerea unei ambianțe estetice plăcute, deoarece :

— pentru uscarea unor articole mărunte se pot folosi rasteluri pliante mici, joase, care nu se văd din stradă ;

— pentru aerisirea lenjeriei de pat se pot folosi taburete sau mesuțe joase ;

— pentru flori se pot folosi cutii de lemn sau jardiniere așezate pe marginea parapetelor, ancorate de acestea, dacă grosimea permite ; dacă parapetele sînt metalice sau transparente, jardinierele se pot așeza pe pardoseala balcoanelor, iar ghivecele agățate pe suporți montați.

Zonele verzi amenajate în jurul locuințelor au o influență pozitivă asupra sănătății. S-a observat că în terenurile plantate, temperaturile extreme, atît vara cît și iarna, sînt mai moderate, vînturile mai scăzute în intensitate, umiditatea mai crescută, radiațiile solare mai puțin intense, iar impurificarea cu pulberi a aerului este foarte redusă. Vegetația așezată între locuință și arterele de circulație reduce zgomotele acestora, frunzișul copacilor absorbind 25% și reflectînd 75% din energia sonoră pe care o primește. De exemplu, tufișurile pe marginea trotoare-

Scanned with OKEN Scanner

lor reduc zgomotul străzii cu 5—7 foni. Arbuștii florali este indicat a fi folosiți la realizarea gardurilor vii, și anume în jurul locului unde sînt așezate lăzile de gunoi, cotețele etc., pentru a le umbri și a le masca vederii.

Curățenia

Atunci cînd intri într-o locuință trebuie să te întîmpine soarele, lumina, aerul curat, buna rînduială și curățenia. În aceasta constă acel „farmec de nedescris" și acea „atracție permanentă" și mai de preț decît orice pe lume, care ne conduce pașii către căminul nostru drag. Apoi, spus foarte pe scurt : curățenie = sănătate !

În majoritatea cazurilor, femeia modernă are o profesiune. De aceea este absolut necesar ca ea să știe a împleti activitatea gospodărească cu cea profesională și de educație a copiilor, realizînd o viață de familie echilibrată, într-un cămin plăcut și curat. La întreținerea ordinei trebuie să contribuie, printr-o disciplină liber consimțită, toți membrii familiei, reducînd eforturile, adeseori epuizante, la care este supusă gospodina. Curățenia zilnică se începe prin deschiderea largă a ferestrelor ; iarna, aceasta se face după ce copiii au părăsit încăperea, iar vara imediat după sculare. Se așază așternutul la aerisit apoi, dacă încălzirea se face cu sobe, se scoate cenușa și se pregătește focul. Se curăță praful cu aspiratorul sau cu o perie moale de pe canapele și scaune și suprafețele lemnoase. Cînd nu avem aspirator, covorul se curăță ținînd fărașul în mîna stîngă și mătura în cea dreaptă, strîngînd gunoiul și scamele direct în fărăș, bucățică cu bucățică, apoi se procedează la fel pe sub covor, ridicînd pe rînd cîte o latură. Podelele se mătură cu mătura de paie dacă sînt de scîndură albă sau mozaic și cu peria de păr pe parchet, linoleum sau scîndură vopsită. Săptămînal este indicat a se aerisi covoarele mari, a se șterge de praf aparatele de încălzire (sobe, calorifere etc.), lustrele, ușile și dulapurile cu cîrpa umedă, a se peria pereții și a se șterge geamurile (geamurile murdare rețin o mare cantitate din lumina solară, circa 20—25%). Periodic (la circa 6 luni) se dau mobilele afară, se bat saltelele, se scutură și se aerisesc. Se spală perdelele, ușile, ferestrele, sertarele dulapurilor în interior și se freacă parchetul.

Dintre uneltele strict necesare întreținerii curățeniei în locuință amintim : mătura de paie, peria de păr, peria de perete, bătătorul pentru covoare, peria moale pentru canapele, ligheanele pentru spălat podelele, cîrpe de praf, de geamuri și oglinzi, de parchet, confecționate din material moale, tivite și spălate cît mai des. Aspiratorul de praf este o unealtă cu multiple utilizări și care cruță gospodina de o parte din efortul necesar efectuării curățeniei. Substanțele care nu pot lipsi la efectuarea curățeniei sînt benizna (sau mai bine petrosinul) și ceara pentru parchet, soda sau leșia, praful de frecat, săpunul de rufe.

Curățirea băilor și chiuvetelor este bine să se facă imediat după utilizare, cu praf de frecat de tip vim, petrol, benzină etc. În camera de baie se va evita întinderea acelor incomode și dezagreabile sfori pentru uscatul rufelor. Este indicat a se monta un stelaj simplu pentru uscarea obiectelor de lenjerie de corp ce sînt mai des spălate (ciorapi etc.). Tot aici se va așeza pe un perete dulapul sanitar, pentru depozitarea celor necesare toaletei și „farmaciei de casă".

Scanned with OKEN Scanner

Curăţirea bucătăriei. Bucătăria este laboratorul de pregătire a hranei. Este uşor de înţeles pentru ce în acest colţ al gospodăriei se cere cea mai desăvîrşită curăţenie. Bucătăria este locul în care gospodina depune zilnic o importantă activitate, ajungînd uneori la un grad avansat de oboseală, din cauza unor neglijenţe de dotare şi de aşezare a mobilei, care o fac să cheltuiască inutil multă energie. Mai odihnitoare este o bucătărie de proporţii mai mici, în care totul să fie la îndemînă, cu o mobilă chibzuit dimensionată şi aşezată. Totodată, mobila de bucătărie trebuie să fie simplă ca formă, practic compartimentată şi cu suprafeţe cît mai mici, pe care să se poată depune praful şi vaporii de apă. Realizînd aceste deziderate, bucătăria va fi şi uşor de întreţinut. La acestea am adăuga o serie de sfaturi practice şi anume: spălarea oricărui obiect imediat după întrebuinţare şi aşezarea la locul lui, folosirea din plin a prafurilor de frecat ce se găsesc în comerţ; ţinerea acoperită a vaselor cu mîncare şi a celor cu resturi, pentru a nu atrage muştele, gîndacii, şoarecii; spălarea vaselor imediat după servirea mesei, deoarece resturile de mîncare se descompun la căldură şi răspîndesc un miros neplăcut; aerisirea de cîteva ori pe zi a bucătăriei sau ţinerea unui oberliht permanent deschis; montarea de site la ferestre, pentru a se împiedica pătrunderea muştelor; curăţirea periodică a dulapurilor, sertarelor, ferestrelor; spălarea cîrpelor de vase şi de bucătărie zilnic, o dată cu terminarea preparării mîncării.

Cămara este podoaba casei, ea oglindind rodul muncii gospodinei. În cămară totul trebuie ţinut acoperit, iar aerisirea va fi permanentă (geamuri cu plasă de sîrmă). Alimentele se vor ţine pe rafturi şi în borcane şi cutii etichetate. Cămara se curăţă periodic, luîndu-se măsuri contra pătrunderii şoarecilor şi gîndacilor.

Prevenirea şi combaterea insectelor în locuinţă

În locuinţă pătrund insecte vătămătoare omului. Unele contribuie la apariţia şi extinderea bolilor contagioase (muşte, purici, ţînţari anofeli etc.), altele distrug îmbrăcămintea (moliile), mobila (carii), incomodează prin înţepături (ţînţari Culex, ploşniţe). În căutarea hranei, unele insecte, ca muştele şi gîndacii, circulă prin locuri infectate, încărcîndu-se pe picioare şi pe corp cu diverşi microbi pe care îi transportă apoi pe alimente, provocînd apariţia unor boli ca febra tifoidă, dizenteria, diareea infantilă.

Contra insectelor, orice gospodină duce o adevărată luptă, ţinînd permanent seama de felul de viaţă al acestor insecte pentru a le nimici prin punctele lor slabe. Lupta începe prin a preveni pătrunderea duşmanului cu ajutorul unor măsuri dintre care amintim:

a) păstrarea neîntreruptă a curăţeniei locuinţei, îndepărtarea celor mai mici resturi alimentare care ar putea constitui surse de hrană;

b) respectarea regulilor de igienă personală;

c) curăţenia paturilor, a aşternuturilor;

d) îndepărtarea animalelor purtătoare de insecte din apartamente (cîini, pisici etc.).

Ca mijloace de distrugere se recomandă:

Contra muştelor se folosesc metode mecanice, ca lovitura cu paleta (de metal sau material plastic) şi hîrtia lipicioasă (în comerţ „Zeppe-

lin"). Un efect mai radical au mijloacele chimice ca preparatul Novitox, care are acţiune de şoc şi se dă cu pompa de mînă, Deparatoxul, Detexanul sau Detoxul, substanţe insecticide remanente, care se utilizează prin pulverizare sau ungere a suprafeţelor din cameră, păstrîndu-şi puterea de acţiune 30—40 de zile, şi rondelele de carton impregnate cu o substanţă toxică (Muscamor), care se pun într-o farfurioară cu apă şi puţin zahăr.

Contra ploşniţelor este necesară aplicarea măsurilor de ordin preventiv mai sus arătate, la care se adaugă ungerea spatelui obiectelor de mobilă, tablourilor, giurgiuvelelor, duşumelelor etc. cu următorul preparat: săpun încălzit într-o mică cantitate de apă pînă se obţine o masă semilichidă; după stingerea focului se toarnă petrol (aceeaşi cantitate) şi se amestecă continuu. La utilizare se iau 100—150 mililitri din acest amestec şi se adaugă 850—950 mililitri apă caldă pînă se obţine o masă lichidă albă-lăptoasă; este indicată şi pulverizarea de două ori pe an cu substanţe insecticide remanente ca: Deparatox sau Plotox. La apariţia primei insecte în locuinţă este necesar să se instituie întreg complexul de măsuri care nu va fi întrerupt decît după ce avem certitudinea că atît în apartamentul propriu cît şi în apartamentele vecine (prin înţelegere cu ceilalţi locatari) nu mai sînt ploşniţe (4—6 luni). Principalele măsuri sînt: anunţarea administraţiei blocului; curăţirea generală a apartamentului; calcularea suprafeţelor încăperilor şi în raport cu acestea, a cantităţilor de substanţă insecticidă necesară, socotind pentru fiecare metru pătrat cîte 50 ml pentru pulverizare sau ungere la ud. Operaţia se repetă după 25—30 de zile, deoarece substanţele ca Deparatox sau Plotox nu au acţiune şi asupra ouălor, deşi au o mare eficienţă asupra ploşniţelor. Moartea insectelor nu se produce instantaneu, ci după 24 de ore şi uneori chiar mai mult de la contactul cu insecticidul. În timpul utilizării acestor substanţe se acoperă faţa şi nasul cu o batistă sau tifon, ferestrele se ţin deschise tot timpul cît persistă mirosul, se sting focurile, nu se umblă la prize sau comutatoare, iar după terminarea stropirii se spală mîinile cu apă şi săpun.

Atît substanţele folosite în operaţiile de curăţenie, cît şi insecticidele se vor păstra în locuri unde nu ajung copiii şi niciodată în cămara cu alimente.

Contra gîndacilor. Este vorba de cele două specii cunoscute: gîndacul negru şi gîndacul roşu (şvabul). Amîndoi sînt foarte mîncăcioşi şi strică totul (pîine, cartofi, dulciuri, grăsimi, piele etc.). Combaterea lor se realizează prin: curăţenie desăvîrşită; instalarea de capcane (un vas de sticlă lucios se înveleşte în hîrtie sau cîrpă şi înăuntru se pune un aliment, gîndacul se poate urca în vas dar ajuns în fundul vasului nu mai poate ieşi); răcirea locului infestat, iarna sub 0 grade (în 1—2 zile gîndacii mor); opărirea repetată cu apă clocotită şi cu sodă a duşumelelor; folosirea momelelor otrăvitoare pentru gîndaci (acid boric 10 părţi amestecat cu 10 părţi de griş, 10 părţi de zahăr şi 70 părţi de apă sau borax 75 grame amestecat cu 30 grame zahăr pudră). Se pune amestecul pe cîte o farfurioară în locurile mai ferite, frecventate de gîndaci, mai ales seara; operaţia se repetă cîteva seri la rînd. Se poate utiliza şi pulberea DDT 10% presărată de-a lungul pereţilor într-un strat de un lat de palmă, sub dulapuri, la crăpăturile uşilor, sub calo-

Scanned with OKEN Scanner

rifer etc. Operația se repetă la intervale de cîteva zile, măturînd întîi pulberea presărată anterior. Durata acțiunii este de cîteva luni, știind că ouăle nu sînt distruse și deci prin repetarea măsurii se distrug și generațiile noi ce ies din ouă. În blocuri, acțiunea trebuie făcută concomitent în toate apartamentele, altfel ajungem la situația că distrugem gîndacii într-un loc și apar în altul. Se pot folosi și preparatele din comerț Detexan, Deparatox și Hexacloran, prin stropirea la ud a dușumelei (de-a lungul pereților, pe o suprafață de 20—30 centimetri de la perete), a pervazurilor ferestrelor și ușilor, a picioarelor dulapurilor, țevilor de la baie etc.

Contra furnicilor se poate folosi produsul de pe piață numit „Furmitox", care se presară prin locurile de circulație a furnicilor și pe o bandă lată de 15—20 centimetri în jurul camerei. Dacă identificăm colonia (cuibul) turnăm seara apă fiartă cu sodă caustică sau petrol.

Contra puricilor se recomandă: păstrarea curățeniei desăvîrșite a locuinței, hainelor și lenjeriei; îndepărtarea animalelor purtătoare din apartament; curățirea cotețului cîinelui și stropirea lui cu Detexan 50 mililitri pe metru pătrat; tratarea animalelor domestice cu pulbere DDT 5% sau Gamexan 2%; tratarea locuințelor invadate cu Detexan, Deparatox, Plotox, 50 mililitri pe metru pătrat.

Alte cauze care produc insalubrizarea locuinței

Locuințele mai pot fi insalubrizate prin: mobilarea neigienică a încăperilor, aglomerarea lor cu mobilă grea, cu multe suprafețe și incrustații care rețin praful; încălzirea nesatisfăcătoare; aglomerarea unor încăperi pentru a le păstra pe celelalte curate; insuficienta curățire a încăperilor și neaerisirea lor; neglijarea efectuării în timp util a reparațiilor necesitate de instalațiile interioare care produc degradări ale încăperilor (chiuvete, băi, țevi de apă și canal etc.); ținerea în apartamente a animalelor (cîini, pisici, păsări etc.) care murdăresc mobilele, pardoseala și pereții, viciază aerul cu urina și materiile fecale, poartă purici și alte insecte supărătoare, lasă pretutindeni fire de blană care inhalate pot produce boli grave, incomodează vecinii prin zgomot și sînt purtătoarele unor boli molipsitoare care se pot transmite omului, în special copiilor.

Igiena corporală

Pentru a-și exercita funcțiile sale, pielea trebuie să fie curată. O dată cu impuritățile pe piele se așază și microbi (pe 1 centimetru pătrat de piele sînt circa 40 000 de microbi și chiar mai mulți în unele regiuni ale corpului). Sub acțiunea germenilor, substanțele organice de pe piele se descompun, dînd naștere la compuși cu miros dezagreabil. Pielea curată este capabilă să distrugă microbii patogeni. Pielea murdară, însă, nu; de aici, posibilitatea apariției a o serie întreagă de boli ale pielii de origine microbiană sau parazitară. Pielea se menține curată prin folosirea din belșug a apei și a săpunului. Apa caldă (30—38 grade) curăță pielea de murdărie, sudoare și grăsimi, înmuind și dizolvînd impuritățile. În același timp are o acțiune favorabilă asupra organismului și anume: in-

Scanned with OKEN Scanner

tensifică circulația sîngelui, are acțiune calmantă asupra sistemului nervos, creează o stare de bună dispoziție. Uneori, apa dură (care este încărcată cu săruri minerale, ca de exemplu apa din fîntîni) poate să irite pielea.

Săpunul exercită o acțiune multiplă : dizolvă grăsimile, este un bun dezinfectant și antrenează impuritățile de pe piele (clăbucul format de săpun scoate toate murdăriile din porii pielii) ; numai săpunul de bună calitate face clăbuc din belșug.

Curățenia corporală este de două feluri : generală, care se recomandă zilnic (cînd este posibil) sau cel puțin săptămînal, și parțială, care se adresează anumitor părți ale corpului mai des murdărite (gîtul, picioarele etc.) și se practică zilnic sau chiar de mai multe ori pe zi (spălarea mîinilor).

Baia de apă caldă (30—38 grade) este baia de curățenie generală. Baia prea caldă nu este indicată la oamenii foarte grași (obezi), la cei foarte slabi (debili), la bolnavi și la copii.

Sistemul de îmbăiere sub duș (fix sau mobil) este cel mai igienic, folosindu-se tot timpul apă curată. Prin lovirea corpului de către picăturile de apă se obține și un efect stimulator.

Îmbăierea în cadă este mai puțin igienică, deoarece se face în aceeași apă care s-a murdărit de la început. Este însă recomandabilă pentru copii, bătrîni și bolnavi.

Spălatul pe dinți este o deprindere igienică absolut necesară și trebuie efectuat seara la culcare și dimineața. La persoanele care nu suportă decît un periaj pe zi este preferabil ca acesta să se facă seara. Rămîne ca după fiecare masă să se clătească energic gura cu apă pentru îndepărtarea resturilor alimentare.

Igiena îmbrăcămintei

Pentru a se adapta condițiilor variabile ale mediului extern, omul a simțit nevoia creării unui climat artificial prin îmbrăcăminte. Îmbrăcămintea reprezintă, în climatul nostru, circa 5—10% din greutatea corpului la bărbați și 3—5% la femei și acoperă circa 60—80% din suprafața acestuia, în funcție de vîrstă, sezon, sex și conformismul social, păstrînd însă în linii generale un caracter net de ocrotire a sănătății oamenilor.

Funcțiile îmbrăcămintei. Prin acoperirea corpului cu veșminte se formează un strat de aer cu anumite caracteristici de temperatură, umiditate și mișcare, creînd un microclimat subvestimentar, care influențează direct sănătatea și capacitatea de muncă. Prin îmbrăcăminte nu trebuie însă să realizăm un microclimat de seră, ci doar să protejăm organismul față de variațiile excesive ale mediului extern. Pentru aceasta este necesar a cunoaște principalele funcții ale îmbrăcămintei.

Reglarea pierderilor de căldură ale organismului care conferă protecție contra frigului sau a temperaturilor înalte. Această funcție are la bază una din proprietățile țesăturilor, de a fi bune sau rele conducătoare de căldură. Țesăturile cu pori mulți (spații libere pline cu aer), ca și îmbrăcarea mai multor haine suprapuse creează straturi de aer protectoare, care împiedică pierderea de căldură (conductibilitate termică redusă). Alegînd o îmbrăcăminte cu

Scanned with OKEN Scanner

conductibilitate termică mai mică sau mai mare putem încetini sau grăbi pierderile de căldură ale corpu-

Fig. 161. — Îmbrăcăminte igienică pentru gravidă.

lui, deci iarna vom prefera haine de lînă, vara mătasea, inul, bumbacul, cînepa, fibrele artificiale. S-a demonstrat că datorită îmbrăcămintei, organismul poate păstra o treime din totalul temperaturii care s-ar pierde prin conducţie şi radiaţie.

Transportul transpiraţiei. Cantităţile importante de apă rezultate ca produs al transpiraţiei sînt transportate prin spaţiile dintre fibre către exterior unde se evaporă. În acest scop, primul strat al îmbrăcămintei trebuie să fie din material absorbant (preferabil bumbac), îmbrăcămintea cea mai bună păstrînd în jurul corpului un mediu uscat.

Permeabilitatea pentru aer. În aerul subvestimentar se acumulează o anumită cantitate de bioxid de carbon (2—30 grame pe zi), precum şi alte gaze rezultate din funcţia respiratorie a pielii. Datorită diferenţei de temperatură dintre aerul exterior şi cel subvestimentar şi diferenţei de presiune consecutivă are loc un permanent schimb de aer (o adevărată ventilaţie naturală), a cărei intensitate este în raport direct cu gradul de permeabilitate pentru aer a ţesăturii şi cu mişcarea de aer din aerul exterior.

Permeabilitatea la radiaţiile solare depinde de culoarea şi natura ţesăturii. Cel mai mic grad de permeabilitate îl prezintă lîna şi bumbacul, iar cel mai mare nylonul şi mătasea. Aceeaşi ţesătură, la culoarea neagră lasă să treacă doar 0,6% din razele ultraviolete, la culoarea albastră 11%, la roz 16%, iar la galben 19%. În general, îmbrăcămintea este foarte puţin permeabilă la razele ultraviolete cu activitate biologică, de aceea copiii trebuie ca vara să aibă o mare parte a corpului descoperită pentru a primi din plin razele ultraviolete (care totuşi nu pot străbate suficient o îmbrăcăminte, oricît ar fi de permeabilă). În prezent se tinde către realizarea îmbrăcămintei polivalente, care să se adapteze automat capacităţii de termoizolare, în funcţie de condiţiile variabile ale climei şi de efortul depus de cel care o îmbracă. Din toate punctele de vedere se preferă îmbrăcămintea uşoară, moale, elastică, care nu irită pielea, bine confecţionată, comodă, trainică, corespunzătoare destinaţiei care i se dă şi pe cît posibil frumoasă.

Moda nu ţine însă seama totdeauna de particularităţile oamenilor. Indicaţia igienică este ca îmbrăcămintea să corespundă diferitelor forme ale corpului, mai ales ale organismelor în creştere pe care nu trebuie să le împiedice în mişcări, în

Scanned with OKEN Scanner

funcțiile lor normale. Dacă moda intră în litigiu cu igiena, la un caz în speță, nu trebuie să se facă nici o concesie modei. Priceperea unui om de a se îmbrăca cu gust este un indiciu nu numai al nivelului lui de civilizație, dar, de multe ori, și al deprinderilor sale igienice. Cu cît îmbrăcămintea aleasă este mai simplă și mai comodă (deci mai igienică), cu atît este mai distinsă. De altfel se pare că normele igienice au triumfat în numeroase domenii ale modei. În prezent se observă o tendință către formele simple, raționale, la femei rochii drepte sau ușor ajustate, iar la bărbați formele drepte. Din acest punct de vedere s-au făcut progrese și în ceea ce privește țesăturile folosite.

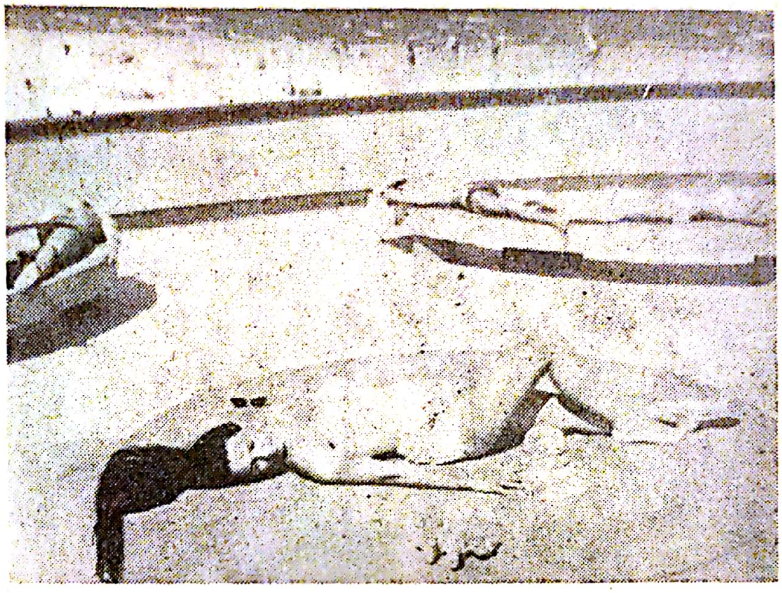


Fig. 162. — Pentru ca acțiunea de călire a razelor solare să fie cît mai deplină, este indicat ca suprafața de expunere a corpului să fie cît mai mare; în acest scop sînt de preferat costumele din două piese și nu acelea care acoperă trunchiul în întregime.

Redăm mai jos cîteva din caracteristicile esențiale ale țesăturilor mai des utilizate la confecționarea îmbrăcămintei :

— țesăturile de bumbac se spală ușor, sînt igienice, ieftine, rezistente, comode și frumoase, dar se întind, se șifonează, intră la apă, sînt permeabile la aer și apă și foarte puțin călduroase ;

— țesăturile de in sînt rezistente, permeabile la aer, se spală ușor, fiind foarte bune pentru îmbrăcăminte de vară, sînt însă foarte șifonabile ;

— țesăturile din mătase naturală sînt elegante, ușoare, rezistente, permeabile pentru aer și apă, nu se șifonează ;

— țesăturile din mătase artificială sînt mai pline, mai grele, se întind, intră la apă, nu sînt călduroase ;

— țesăturile din celofibră (înlocuiesc mătăsurile și stofele) sînt moi, frumoase, destul de rezistente, însă intră la apă și se șifonează ;

— țesăturile din fibre sintetice sînt rezistente, ușoare, nu se șifonează, se spală bine, sînt durabile, mențin cutele prelucrate la aburi, nu intră la apă, nu lasă însă să treacă apa și aerul, acest cusur reducîndu-le în bună măsură utilizarea ;

— țesăturile de lînă mențin căldura, se șifonează greu, păstrează multă vreme forma dată prin călcat, nu ies la spălat, sînt rezistente la purtat ; determinările de laborator au stabilit în mod științific (confirmînd observațiile practice) că îmbrăcămintea de lînă este cea mai potrivită pentru corpul omenesc, mai ales în perioadele reci.

Țesăturile sînt folosite la confecționarea îmbrăcămintei pentru diverse activități, în raport cu caracteristicile lor :

— pentru îmbrăcămintea de casă sînt potrivite țesăturile de bumbac (nu vom uita tradiționalul șorț ocrotitor al rochiei) ; ele sînt indicate și pentru îmbrăcămintea specială de protecție folosită în producție ;

— pentru birou, îmbrăcămintea se poate face din orice țesătură, cu excepția celor pentru toaletele de seară, preferîndu-se croiala comodă și practică ;

— pentru îmbrăcămintea de stradă se indică țesături de mătase, lînă sau fibre sintetice ;

— pentru teatru, concert, reuniuni se pot folosi rochii din mătase, lînă, catifea, tafta, fibre sintetice ;

— pentru vilegiatură se pot purta rochii din orice țesătură, în afară de cele pentru toaletele de seară ; la mare nu vom uita costumul de baie, lar la munte tricourile (mai ales iarna) și țesăturile din genul diftinei (velveton), care mențin căldura dar lasă aerul să treacă ; vara, atît la munte cît și la mare, se pot folosi țesături de bumbac și mătase în culori deschise, care permit trecerea aerului și a soarelui.

Îmbrăcămintea colorată. La o îmbrăcăminte potrivită contează și culoarea, care are un vădit efect psihologic. De altfel, cercetările științifice au demonstrat efectul culorilor asupra sensibilității și psihologiei omului. De exemplu, culorile deschise au un efect reconfortant, iar culorile verde și albastru dau o notă rece, distantă, spre deosebire de culorile calde, ca roșu și portocaliu. Mai amintim că lumina influențează culorile, lucru de care trebuie să ținem seama cu deosebire la alegerea toaletelor de seară, ale căror nuanțe se modifică sub influența luminii artificiale. La iluminarea de seară sînt potrivite culorile oranj, galben, nuanțele de roșu închis. Este bine ca alegerea țesăturilor pentru asemenea toalete să se facă la lumina artificială.

La alegerea modelului de îmbrăcăminte se cere puțină exigență. Pentru copii sînt bune modelele care să nu incomodeze dezvoltarea și mișcările. La tinerele fete nu vom permite purtarea de corsete, iar sutienele sînt indicate numai dacă sînul adolescentei este prea greu. Altfel, ele nu sînt indicate la această vîrstă,

Scanned with OKEN Scanner

deoarece împiedică respirația normală și circulația sîngelui. Pentru adulți vom înclina către modelele care să scoată în evidență părțile frumoase ale corpului și să corecteze sau să mascheze unele imperfecțiuni ale ținutei. De exemplu, pentru o persoană ușor adusă de spate nu se recomandă modele cu gulere mari, iar pentru femei cu bustul mare nu se recomandă modele cu corsaj strîns pe corp și cu garnituri complicate.

Îmbrăcămintea, în general, trebuie asortată cu anotimpurile, sezonul friguros ridicînd mai multe probleme. Este bine să reținem că mai multe straturi de veșminte asigură o senzație mai plăcută de căldură decît un singur veșmînt foarte gros. În special de copii trebuie să avem grijă a-i îmbrăca în raport cu starea timpului. De exemplu, vom prefera haina de stofă cu vatelină și costumul de lînă, în locul hainelor de blană care încălzesc tare corpul și împiedică mișcările libere la joacă. Nu vom uita că un copil încălzit și transpirat se îmbolnăvește foarte ușor. Din garderobă nu trebuie să lipsească haina de ploaie. Hainele impermeabile care nu lasă să treacă apa, așa cum am văzut mai sus, nu lasă să treacă însă nici aerul; pentru aceasta ele au indicația de a fi purtate un timp limitat și numai la nevoie.

Îmbrăcămintea trebuie scuturată și periată cît se poate de des (chiar zilnic), expusă la aerisire, călcată, reparată și ținută în dulapul de haine în perioadele cînd nu o folosim. Răspîndirea ei prin încăpere produce un aspect de dezordine și contribuie la impurificarea aerului. Pentru lenjeria murdară este indicat un coș de nuiele cu capac. Spălarea lenjeriei (de pat și corp) prin fierbere sau opărire asigură în bună măsură dezinfecția acesteia.

Igiena încălțămintei

Încălțămintea apără piciorul de asperitățile solului, de traumatismele mecanice, de frig.

În mers, rolul principal îl joacă degetul mare, al cărui ax trece prin mijlocul tălpii, celelalte degete executînd mișcările fine. O încălțăminte igienică trebuie să respecte configurația anatomică a piciorului și să fie cît mai lejeră în partea dinainte, pentru a permite mișcarea liberă a degetelor, și cît mai strînsă posterior pentru a fixa bine piciorul în mers. Încălțămintea prea largă favorizează apariția inflamațiilor care se produc prin frecarea piciorului în timpul mersului, iar încălțămintea prea îngustă produce dureri, rosături, șchiopătări, îngroșări ale gleznei, degerături în timpul iernii.

La vîrsta creșterii, cînd oasele nu sînt complet osificate, încălțămintea nepotrivită duce la deformări ale

Fig. 163. — Influența încălțămintei asupra piciorului: a) picior în pantof normal; b) deformarea piciorului în pantof strîmt (schiță după radiografie).

degetelor și ale plantei piciorului (apariția piciorului plat) care se complică la vîrsta adultă cu scolioze, va-

30 — c. 184

rice, bătături, degete în ciocan, monturi, tulburări de circulaţie periferică (picioare reci, vinete) cu transpiraţie abundentă şi urît mirosi-

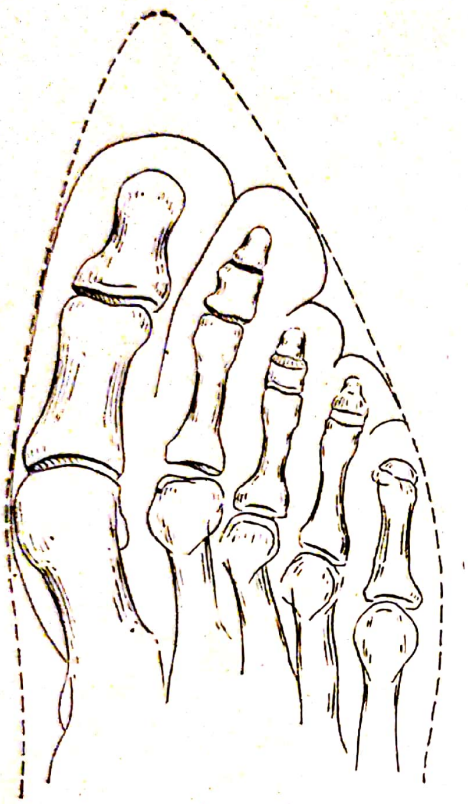


Fig. 164. Picior deformat de pantof cu vîrful ascuţit (schiţă după radiografie).

toare. Ca atare se va supraveghea cu multă atenţie încălţămintea copiilor, sesizînd din timp modificarea măsurii, precum şi mersul copilului. Este preferabil ca în primii ani copiii mici să poarte ghetuţe dintr-un material mai puţin flexibil care să nu se deformeze şi să menţină glezna strîns. Este recomandabil pentru adolescente a purta în mod curent, pînă spre 18 ani, pantofi cu tocuri late şi joase, lăsînd numai pentru împrejurări cu totul excepţionale purtarea pantofilor cu tocuri înalte.

La copiii mai mari, care nu prezintă deformări ale piciorului, precum şi la adulţi nu trebuie să lipsească din inventarul încălţămintei pantofii de tenis, pentru sport, plimbări, excursii.

Cel mai indicat material pentru confecţionarea încălţămintei este pielea. Ea apără piciorul de umezeală, fiind impermeabilă pentru apă, însă

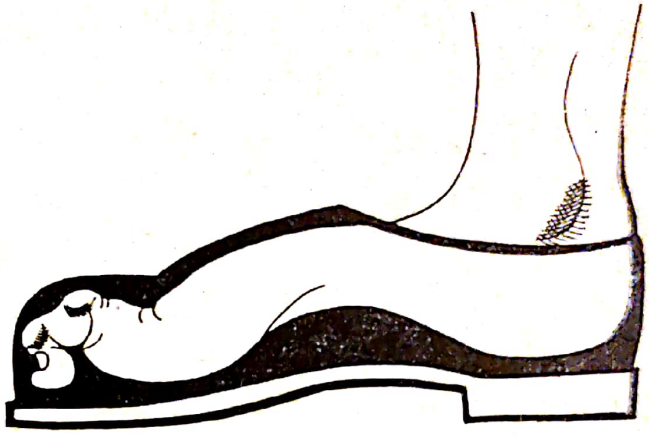


Fig. 165. — Încălţămintea poate deveni în 3—4 luni prea scurtă la adolescent, producînd serioase tulburări.

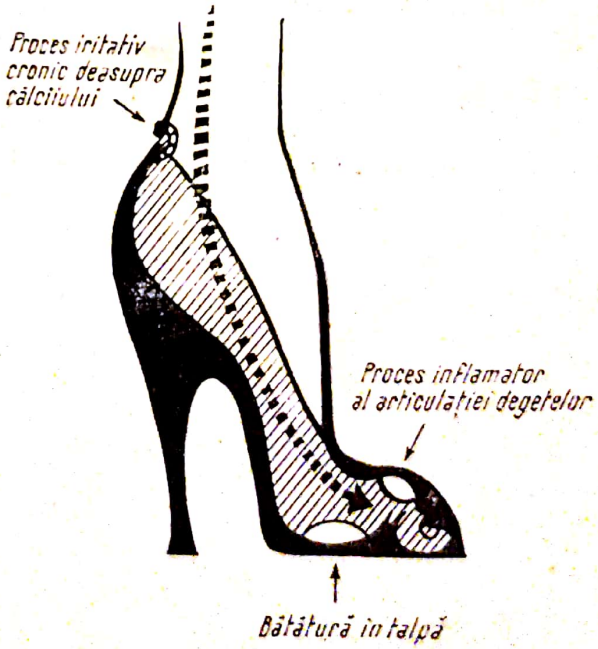


Fig. 166. — Încălţămintea cu toc înalt.

împiedică evaporarea ; de aceea vara sînt de preferat sandalele sau pantofii cu feţe de pînză. Talpa e bine să fie suficient de groasă, pentru a riposta asperităţilor solului. Talpa de piele este mai igienică decît cea de cauciuc sau material poros care, deşi mai rezistentă şi elastică, favorizează transpiraţia şi alunecarea pe timp ploios. Talpa de asbest este indicată a fi purtată vara, deoarece ocroteşte piciorul de căldura prea mare a pavajului.

În sfîrşit, am dori să luăm poziţie împotriva folosirii fără discernămînt a încălţămintei cu tocuri foarte înalte, atît la serviciu sau acasă, cît şi în vizită şi la diferite alte ocazii, deoarece tocul prea înalt duce la deformarea piciorului, favorizează apariţia varicelor, iar la fetiţele în creştere poate produce chiar deformarea bazinului.

După ce au fost purtaţi este bine ca pantofii să fie şterşi de praf sau noroi şi aşezaţi pe un grătar de lemn sau de metal, pentru a se putea aerisi şi usca talpa.

În interiorul locuinţei este indicat a se purta o încălţăminte de casă, comodă, călduroasă, cu toc jos, care să permită relaxarea piciorului. Nu vom neglija influenţa binefăcătoare, atît la copii cît şi la adulţi, a mersului cu picioarele goale pe nisip sau iarbă, pe care este bine să-l practicăm ori de cîte ori avem prilejul.

Încălţămintei i se asociază în mod curent purtarea ciorapilor, care sînt necesari pentru a atenua frecarea, a absorbi transpiraţia, şi iarna pentru a împiedica degerăturile. Ciorapii se murdăresc repede, de aceea este foarte indicată schimbarea lor zilnică.

Scanned with OKEN Scanner

10 Mijloace pentru:

SLĂBIREA REZISTENŢEI ORGANISMULUI

1

Viaţa în aer închis.

2

Lipsa unei munci fizice, lipsa de mişcare, sedentarismul.

3

Lipsa de soare.

4

Neîngrijirea pielii, neglijarea igienei individuale.

5

Excesele alimentare, alimentaţia dezechilibrată, îngrăşarea peste normal.

6

Intoxicaţia cronică voluntară cu alcool şi tutun.

7

Odihna insuficientă, timpul liber rău întrebuinţat, frustrarea organismului de orele de somn strict necesare.

8

Neglijarea întreţinerii igienice a locuinţei (apartamentul propriu ca şi părţile comune).

9

Concesii făcute modei şi care vin în contradicţie cu cerinţele igienei îmbrăcămintei şi încălţămintei.

10

Neglijarea bolilor cronice, amînarea prezentării la medic în caz de tulburări diverse, autotratamentele, abuzul de medicamente, nerespectarea dietei etc.

ÎNTĂRIREA REZISTENŢEI ORGANISMULUI

1

Viaţa în aer liber pe orice vreme.

2

Activitate fizică raţional rînduită, ritmică, realizată prin mers pe jos şi exerciţii fizice la cei cu ocupaţii sedentare.

3

Băile de aer şi de soare, călirea organismului.

4

Grija pentru curăţenia pielii, cultivarea normelor igienei individuale.

5

Respectarea principiilor alimentaţiei raţionale.

6

Utilizarea cu moderaţie a acestor toxice sau — preferabil — renunţarea la ele.

7

Asigurarea celor 8 ore de somn zilnic necesare, grija pentru condiţiile de confort menite să favorizeze un somn de calitate, profund, reconfortant.

8

Realizarea la maximum a condiţiilor de igienă a locuinţei, în primul rînd prin: curăţenie, ordine, soare, aer curat, încălzire şi iluminat raţionale, lipsă de praf şi de umezeală.

9

Alegerea judicioasă a îmbrăcămintei şi încălţămintei, în acord cu cerinţele igienei şi, fireşte, cu directivele modei.

10

Solicitarea medicului la primele semne de îmbolnăvire şi respectarea fidelă a tuturor prescripţiilor medicale.

Scanned with OKEN Scanner

Index alfabetic

A

Abces cerebral, 39
— pulmonar, 79
Absenţa de tip epileptic, 40
Abdomen de lemn, 103
Acomodare, 50
Acetona, 125
Acidoza, 124
Acroleina, 95
Acromegalia, 212
Adenopatie, 356
Adenoviroze, 325
Administrarea medicamentelor, 421
Aerosoli, 395
Afazie, 34
— motorie, 34
— senzorială, 34
Afibrinogenemia, 179
Agenţi cancerigeni, 350
Agranulocitoză, 177
Alcaline, 106
Alcoolul, 360
Alcoolemie, 362
Alergia, 74
Albumina, 385
Aliment, 84
Alimentaţia artificială, 295
— bolnavului, 420
— mixtă, 292
Alimentaţia sugarului, 289
Aluaturi, 97
Alveole pulmonare, 69
Amenoree, 220
Amprentă digitală, 222
Anafază, 19
Analiză, 431
— de urină, 437
Analizator, 48
Anemia, 176
— feriprivă, 176
— hemolitică, 176
— pernicioasă, 176
Anexitele, 268
Angină, 327
— de piept, 156
Anorhism, 219
Antalcol, 366
Antiacide, 394
Antianemice, 395
Antibiograma, 439
Antibiotice, 394
Anticorpi, 313
Antidiareice, 394
Antidot universal, 385
Antinevralgice, 393
Antipiretice, 393
Antispastice, 394
Antistreptolizină O, 439
Antivomitive, 394
Anurie, 185

Scanned with OKEN Scanner

Apă, 91
Apă de hamamelis, 234
Apă de orez, 295
Aparate, 20
— circulator, 139
— urinar, 180
Aplicarea căldurii, 425
— pomezii, 423
Aritmie, 160
— extrasistolică, 160
Arsuri, 382
Artera aortă, 140
— pulmonară, 140
Articulaţie, 196
Artroze, 202
Ascardioză, 336
ASLO, 202
Astigmatism, 51
Astm, 80
Ateroscleroză coronariană, 153
Atriu, 140
Automutilare, 42
Avortul, 263
— la cereré, 264
— provocat, 264
— spontan, 264
Avitaminoza, 179

B

Bacil Calmette-Guérin, 341
— Ducrey, 273
— tuberculos, 338
Badijonarea, 423
Baia de abur, 235
Baie medicală, 424
Bastonaşe, 148
BCG, 341
Benzi ventriculare, 65
Biberon, 378
Biermer, 176
Biopsie, 439
Boală Addison, 218
— corticoviscerală, 15
— Basedow, 214
— Parkinson, 38
Boală franceză, 270
— Nicolas-Favre, 273
— ulceroasă, 100
Boli aerogene, 310
Blenoragie, 272
Bradicardie, 160
Bradimenoree, 220
Bronhii, 69
Bronhopneumonie, 78
Bronhoscopie, 438
Bronşiectazie, 79
Bronşită acută, 78
— cronică, 78
Buba dulce, 226
Bucătărie, 449
Bulbul, 28

C

Calmant al tusei, 83
Camera copiilor, 448
— de zi, 448
Cancer, 348
Cancerizare ulcer, 104
Candidoze, 229
Cap, 21
Cataplasme, 426
Catar acut sezonier, 325
Cateterism cardiac, 438
Caudal, 22
Cavitate abdominală, 21
— pelvină, 21
— pericardică, 21
— pleurală, 21
Ceai, 91, 404
Cefalee, 32
Celulă, 16
Cerebel, 29
Chimioprofilaxie, 342
Chimioterapie, 357
Chisel, 279
Chist hidatic, 337
Cianoză, 142
Ciclu menstrual, 220
Ciroză hepatică, 112
Cisticerc, 337

Scanned with OKEN Scanner

Cistită, 184
Cistoterapie, 438
Claudicaţie intermitentă, 162
Clisme, 427
Coardă vocală, 65
Colecistită, 109
Colecistografie, 436
Colică renală, 186
Colită, 117
Comă, 40
— diabetică, 125
Comoţie cerebrală, 380
Compot, 98, 299
Comprese, 425
Condiloame acuminate, 230
Conjunctivite, 53
Constipaţie, 115, 394
Contagios, 308
Contagiune, 309
Contuzie cerebrală, 380
Conuri, 48
Convalescenţă, 317
Convulsii, 305
Coordonare nervoasă, 24
— umorală, 24
Coprocultură, 435
Coprofagie, 42
Cord pulmonar, 161
Carie, 36, 38, 146
Corion, 223
Coriza, 325
Cornete, 60
Coroidă, 48
Corp ciliar, 48
Corpi cetonici, 124
Corpul vitros, 48
Covorul, 450
Coxsackie, 333
Coxartroză, 203
Cranial, 22
Creierul mare, 29
Creion dermatograf, 243
Cremă, 235
Cristalin, 48
Criză de ficat, 110
Criză genitală, 281
Cromozom, 20
Crup difteric, 327
Curăţenie, 457
Cutele de locomoţie, 222

D

Decoct, 404
Defecte innăscute, 144
Degenerescenţă hepato-lenticulară, 39
Degerături, 383
Delir, 42
Demenţă senilă, 43
Denutriţie azotată, 137
Dermatom, 30
Determinarea antistreptolizinei O, 439
Deviaţia septului nazal, 61
Dezinfecţie, 319
Diabet insipid, 213
— zaharat, 122, 217
Diaree, 122, 304
— epidemică a nou-născutului, 333
Difterie, 326
Dilacerare cerebrală, 380
Dilataţia colului, 261
Dispnee, 76, 141
Distal, 22
Disurie, 186
Diureză, 183
Derm, 223
Dermatomicoze, 229
Diluţie de lapte, 294
Distrofie, 306
Diuretice, 394
Diversificarea alimentaţiei, 297
Dizenterie, 332
Dormitor, 448
Dorsal, 22
Dozare aciditate, 433
Dulceaţă, 98

E

Echivalenţe epileptice, 40
Ectima, 226
Eczemă, 230, 227
Edem, 141, 186
Electrocardiografie, 438
Electroforeză, 436
Electrocutare, 383
Emfizem pulmonar, 79

Scanned with OKEN Scanner

Encefalită, 327
— epidemică, 35
Encefalopatiile infantile, 37
Endocard, 139
Endocardită, 146
Entorse, 377
Epidemie, 311
Epiderm, 223
Epidermofiţie, 228
Epigastru, 23
Epilepsie, 39
Epistaxis, 61
Eredoataxie, 38
Eritrasma, 221
Eritremiile, 175
Eritroblastoza, 176
Erizipelul, 226
Erupţie, 322
Eunuchism, 219
Eunucoidism, 220
Examenul radiografic pulmonar, 438
Excitante, 394
Expectoraţie, 75
Expectorante, 394
Expiraţie, 70
Expulzia fătului, 261
Extrasistolă, 260

F

Fălcariţă, 334
Fardare, 243
Faringe, 64
Faringită, 64
Favus, 228
Febră, 301
— eruptivă, 324
— paratifoidă, 332
— de sete, 281
— tifoidă, 331
Fereastră ovală, 155
— rotundă, 55
Fibre motorii, 32
— senzitive, 30
Fibrilaţie atrială, 160
Fibrozite, 204
Ficat, 170
Fiertură, 404
Filtrat glomerular, 182
Flanc, 23
Flebotromboză, 163
Flegmon periamigdalian, 64
Folicul limfatic, 170
Foliculită, 225
Fosă iliacă, 24
— nazală, 61
Fotofobie, 54
Fractură, 374
Fricţie, 424
Funcţie excretoare, 181
Furuncul, 225

G

Gălbenuş de ou, 300
Gamaglobuline, 171
Ganglion spinal, 30
Gargară, 424
Garou, 379
Gastroscopie, 434
Gelatină de fructe, 98
Gigantism, 212
Gimnastica feţei, 241
Gîtul, 21
Glandă sebacee, 224
— sudoripară, 224
Glicemie, 123
Glicozurie, 123
Gliom, 39
Globule albe, 173
— roşii, 172
Glomerul, 182
Glomerulonefrită, 184, 187
Glomerulonefroză, 189
Glotă, 65
Glucide, 90
Gomă sifilitică, 271
Gonartroză, 202
Granulocite, 174
Gripă, 77, 325
Griş cu lapte, 299
Grupe sanguine, 173
Guşă endemică, 216
Guturai, 325

Scanned with OKEN Scanner

H

Halucinaţii, 41
Hematocrit, 432
Hematii, 172
Hematopoieză, 169
Hematurie, 185
Hemiplegie, 32
Hemocultură, 433
Hemofilie (A, B, C), 179
Hemogramă, 174, 432
Hemoptizie, 76
Hemoragie, 378
— cerebrală, 34
— ulceroasă, 103
Hemostatice, 394
Hemostază, 378
Hepatită cronică, 111
— epidemică, 333
Herpes, 230
Hidrosadenită, 225
Hiperalergie, 342
Hipercorticismul, 218
Hiperfoliculinism, 219
Hiperfuncţie testiculară, 219
Hiperinsulinism, 218
Hipermetropie, 51
Hiperparatiroidism, 217
Hipersplenism, 178
Hipertensiune arterială, 150
Hipertiroidism, 214
Hipnotice, 393
Hipocondrul, 23
Hipoderm, 223
Hipogastru, 24
Hipoglicemie, 128
Hiposerpil, 152
Hipotensiune arterială, 153
Homeostazie, 180
Hormoni, 210, 394

Icterul nou-născutului, 281
Igiena corporală, 460
— îmbrăcămintei, 461
Igiena încălţămintei, 465
Iluminat, 451
Iluzie, 41
Îmbăiere, 284
Impetigo, 226
Impurificare aer, 14
Imunitate, 313
Încălzire, 452
Incubaţie, 316
Inec, 387
Infarct miocardic, 156
Înfăşat, 286
Infecţie de focar, 145
— stafilococică, 335
Infuzie, 404
Inimă, 139
Inoperabil, 356
Insolaţie, 382
Insomnie, 46
Inspiraţie, 70
Instilaţie, 424
Instincte, 42
Insuficienţă aortică, 147
— cardiacă, 159
— hipofizară, 213
— ovariană, 218
— paratiroidiană, 216
— renală, 184, 192
— tiroidiană, 215
Intoxicaţie, 385
— alcoolică, 385
— cu ciuperci, 386
— cu insectofungicide, 386
— cu luminal, 386
— cu oxid de carbon, 386
— cu sodă caustică, 385
— tabagică, 369
Intradermoreacţie, 340
Iod radioactiv, 215
Iradiere, 357
Iridociclită, 54
Iris, 48
Ischemie cardiacă, 158
Isterie, 44

K

Keratită, 54

Scanned with OKEN Scanner

Keratoză, 354
Kerion celsi, 228

L

Labirint, 54
Labirintită, 58
Landsteiner, 173
Laparoscopie, 436
Lapte, 94
— acidulat, 295
— de mamă, 289
— praf, 293
Laringe, 65
Laringită, 65
Larvă, 336
Lăuzie, 261
Laxativ, 394
Leucemie, 178
Leucocit, 173
Leucopenie, 177
Leuconevraxită, 36
Leziune minimă, 340
Lichid cefalo-rahidian, 439
Limfocit, 174
Limfocitoză, 177
Limfogranulomatoză inghinală, 273
Lingoare, 331
Litiază biliară, 110
Litiază urinară, 191
Lobelină, 371
Locuință, 445
Loțiune, 234
Lumbago, 208
Luxație, 377

M

Maccacus rhesus, 173
Maceratie, 404
Medulogramă, 432
Măduvă oase, 169
Măduva spinării, 28
Magnezie calcinată, 385
Mărgăritărel, 229
Masaj, 237
— cardiac, 388
Măști cosmetice, 242
Mastoidă. 54
Medicamente, 393
Medicină preventivă, 11, 12
Mediu intern, 180
Membre, 21
Ménière, 59
Meningiom, 39
Meningită, 37, 327
Menopauză, 220
Metafază, 19
Metastază, 356
Metoda Ogino-Knaus, 265
Metrită, 268
Mezogastru, 23
Mialgie, 205
Miastenie, 38
Microsporie, 228
Mîini îngrijite, 249
Mijloace anticoncepționale, 265
Miocard, 139
Miocardită, 146, 149
Miogeloză, 205
Miopatie, 38
Miopie, 50
Miotonie, 38
Miozită, 204
Micțiune, 183
Mixedem, 215
Mobilier, 446
Molipsitor, 308
Monocit, 174
Mononucleoză, 178
Mucilagiu de orez, 295
Muguet, 229
Mușcătură de șarpe, 390
Mușchi, 195

N

Nanism hipofizar, 212
Nas, 60
Naștere, 260

Scanned with OKEN Scanner

Nefron, 182
Nerv, 32
Neuron, 26
Nevralgie, 32
Nevrită, 37
Nevroglie, 26
Nevroză astenică, 44
— cardiacă, 163
Nicturie, 186
Nistagmus, 58
Nuclei lenticulari, 30
— hipotalamici, 30
— talamici, 29

O

Obezitate, 129
Ochi, 48
Oligofrenie, 43
Oligomenoree, 220
Oligurie, 185
Opiaceu, 393
Opsiurie, 186
Oreion, 326
Organ, 20
Osteofit, 202, 204
Otită, 56
Otoscleroză, 60
Ovul vaginal, 424
Oxiur, 336
Ozenă, 63

P

Palpitaţie, 141
Pancardită, 146
Pansament, 379, 423
Paration, 386
Parotidită epidemică, 326
Păr, 224, 251
Parafrenie, 43
Paralizie, 32
— generală progresivă, 35
Paralizie infantilă, 333
Paranoie, 43
Parestezie, 32
Peduncul cerebral, 29
Peltea, 279
Pemfigus epidemic, 226
Perforaţie ulceroasă, 103, 264
Periartrită scapulohumerală, 205
Pericard, 139
Pericardită, 146
Perionixis, 225
Perleş, 226
Picior dureros, 209
Piele, 233, 236
Pielocistită, 190
Pielonefrită, 184, 190
Piodermită, 225
Pireu de legume, 298
Pitiriazis verzicolor, 229
Plachete sanguine, 175
Plăci mucoase, 271
Plămădeala, 404
Plasmă, 170
Pleurezie, 80
Pleurită, 80
Pneumoconioză, 81
Pneumonie, 78
Pneumotorax 77, 381
Poartă de intrare, 312
Polakiurie, 186
Poliartrită cronică evolutivă, 199
Policitemie, 176
Polimenoree, 220
Polinevrită, 37
Pojar, 322
Poliomielită, 333
Poliurie, 185
Poliradiculonevrită, 37
Precancer, 354
Prematur, 283
Prepararea alimentelor, 93
Presbiţie, 53
Probă de digestie, 435
Profază, 19
Profilaxia reumatismală, 206
Prohibiţie, 359
Proteine plasmatice, 171
Protide, 90

Scanned with OKEN Scanner

Proximal, 22
Psihastenie, 44
Psihicul bolnavului, 15
Psihoterapie, 44
Psihoza maniacodepresivă, 43
Pudră, 423
Puntea, 29
Pupilă, 48
Puncţie-biopsie, 439
Purgativ, 394
Purpură, 179
Purtător (de microbi, de virusuri), 309
Putere de diluţie şi concentraţie, 437

R

Rabia, 36
Radiofotografia, 340
Radioizotopi, 357
Radioscopie, 434
Rahitism, 297
Ramolisment cerebral, 34
Rană, 378
Raţie alimentară, 91
Raze Röntgen, 357
Reacţia la tuberculină, 340
— Waaler-Rose, 199
— Wassermann, 275
Reacţii de disproteinemie, 436
Reactivitate, 25
Receptivitate, 313
Rectoscopie, 435
Respiraţie artificială, 387
Retenţie acută de urină, 186
Retină, 48
Reumalgii, 204
Reumatism Bouillaud-Sokolski, 145
— infecţios, 198
— alergic, 199
— de focar, 199
— degenerativ, 202
Reziduuri, 455
Rimel, 244
Rinită, 62
Rinită atrofică, 63
Rinichi, 182
Rubeolă, 323
Rujeolă, 322
Rujul de buze, 247

S

Salata de fructe, 98
Salmonele, 332
Sănătate, 10
Sarcină, 254
Sare amară, 395
Săruri minerale, 90
— minerale plasmatice, 172
Scarlatină, 322
Scintigramă, 436
Schelet osos, 195
Schizofrenie, 42
Sclerotică, 48
Scleroză laterală amiotrofică, 38
— în plăci, 36
Scurtcircuitare, 384
Sechele, 12
Septicemie, 317
Ser antitetanic, 335
Sfrenţie, 270
Sicozis parazitar, 228
Sifilide papuloase, 271
— tuberoase, 271
Sifilis, 269
— nervos, 35
Sindrom adipozogenital, 213
— Babinski-Fröhlich, 213
Sinusuri, 60
Sinuzită, 63
Sirop, 98
Sisteme, 20
Slăbire, 135
Somnifere, 393
Sos, 99
Soteu, 96
Spălătură gastrică, 385
— vaginală, 418
Spaţiu retroperitoneal, 21
Spirochetă palidă, 270
Spondilită ankilopoetică, 201
Spondiloză, 203

Scanned with OKEN Scanner

Spondiloză cervicală, 208
— lombară, 208
Spută, 341
Stadiile cancerului, 356
Stenoza aortică, 146
— mitrală, 146
— pilorică, 103
— pulmonară, 146
— tricuspidiană, 146
Stofa de mobilă, 456
Stop cardiac, 388
— respirator, 387
Stupefiante, 393
Substanţa albă, 29
— cenuşie, 29
Sufluri, 141
Sugar, 281
Sulfamide, 394
Supa de morcovi, 304
— de zarzavat, 299
Supravegherea bolnavului, 419
Supuraţie pelviană, 78
Surditate, 59

Ş

Şancrul moale, 273
Şocul prin arsură, 382
Şoc termic, 382
Şoc traumatic, 381
Şoldul dureros 209

T

Tabagism, 368
Tabes, 35
Tahicardie sinusală, 160
Tahimenoree, 220
Telofază, 19
Ten, 245
Tenesme vezicale, 186
Tenie, 337
Tensiune arterială, 150
Tensiune intraoculară, 50
Teren, 25
Termoreglare, 381
Tetanos, 334
Tetine, 278
Timp de coagulare, 433
— de sîngerare, 433
Toaleta bolnavului, 417
Toma Ionescu, 356
Tonice cardiace, 394
Topografia corpului, 22
Toxiinfecţii alimentare, 332
Trahee, 69
Traheită, 77
Traumatisme, 374
— abdominale, 381
— craniocerebrale, 380
— toracic, 380
— sonor, 59
Trichinază, 335
Tricofiţie, 227
Trombastenie, 179
Trombocite, 175
Tromboflebită, 163
Trombopenie, 179
Trunchi, 21
— cerebral, 28
Tubaj duodenal, 434
Tuberculoză, 338
— urinară, 191
Turbare, 36
Tuse, 75
Tuse convulsivă, 325
— măgărească, 325

Ţ

Ţesuturi, 20

U

Umăr dureros, 208
Umoare apoasă, 48
Unghie, 233

Scanned with OKEN Scanner

Ureche, 54
Ureter, 184
Ureterită, 184
Uretră, 183
Uretrită, 184
Urină, 185
Urocultură, 437
Urticarie, 231

V

Vaccinare, 313
— BCG, 341
Vaginite, 267
Varice, 163
Varicelă, 323
Vărsat de vînt, 323
Vărsături, 303
Vase sanguine, 139
Venă cavă, 140
Ventral, 22
Ventricul, 140
Ventuze, 426
Veruci plane, 230
Vestibul, 449
Vezică urinară, 183
Victor Babeş, 354
Viermi intestinali, 335
Vigilenţă anticanceroasă, 349
Vitamine, 90, 394
Viteză de sedimentare, 438
Vomitive, 394

Z

Zăbăluţă, 226
Zeamil, 295
Zgomot, 1, 4, 454
Zona Zoster, 36

W

Wassermann, 275

Scanned with OKEN Scanner

Redactor responsabil : Dr. D. ABULIUS
Tehnoredactor : NISIRIUS MARILENA

Dat la cules : 6.06.1966. Bun de tipar : 20.09.1966. Apărut : 1966. Tiraj : 50.000+120+15 ex. legate. Hîrtie : semivelină de 80 g/m², 700×1000/16. Coli Editoriale : 35,96. Coli de tipar : 30. Planşe tipar tipo 1. A. : 7104/3.V.1966. C.Z. pentru bibliotecile mari : 71. C.Z. pentru bibliotecile mici : 61.

Intreprinderea poligrafică „Informaţia" str. Brezoianu nr. 23—25 Bucureşti, comanda 184.

Scanned with OKEN Scanner